



วารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

Journal of Research and Health Innovative Development

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

Roi-Et Health office

1. เพื่อส่งเสริมผลงานวิชาการวิชาชีพและนวัตกรรมทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนและนำเสนอบทความวิชาการ
2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ ผลงานวิชาการ และผลงานวิจัยของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
3. เพื่อให้มีวารสารทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐานสากล

กำหนดการตีพิมพ์ : ราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ

กำหนดออก : เดือน มกราคม พฤษภาคม และ กันยายน

คณะกรรมการวารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ที่ปรึกษา :

นายแพทย์ปิติ	ทั้งไพศาล	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายแพทย์วัชร	เอี่ยมรัมย์กุล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายประวุฒิ	ละครราช	เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายบุญเลิศ	พิมพ์ศักดิ์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางสุดาจันทร์	วัชรกิตติ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

บรรณาธิการ :

นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายูหะ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รก.นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
----------------------------	---

กองบรรณาธิการ :

ทันตแพทย์หญิงนิรมล	ลีลาอดิศร	ผู้ทรงคุณวุฒิ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
นายแพทย์นิตติ	บุญอรุณ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลโพธิ์ทราย
แพทย์หญิงรัชฎาพร	สีลา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองฮี
ทันตแพทย์สุรศักดิ์	โกมลาลัย	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเสลภูมิ
เภสัชกรพัชรียา	โพนหงษา	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองพอก
ดร.นันทิพัฒน์	พัฒนโชติ	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
ดร.ดวงเดือน	ศรีมาตี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเมืองสรวง
อาจารย์พัชรา	ชมภูวิเศษ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

เภสัชกรพิทยาภรณ์ ศรีคำภา เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ
ว่าที่ พ.ต.ดร.ดิษณ์กร สิงห์ยะเมือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
ดร.สุพะยนต์ ชมพูธวัช นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ โรงพยาบาลหนองพอก
อาจารย์ปิยะลักษณ์ ภักดีสมัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลพนมไพร

กองบรรณาธิการจากภายนอก :

รศ.ดร.สงครามชัย	ลีทองดี	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.สุมัทนา	กลางคาร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.อรุณ	บุญสร้าง	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.เทอดศักดิ์	พรหมอารักษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.พงษ์เดช	สารการ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.อารีย์	บุตรสอน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.อรทัย	พวงแก้ว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
ดร.วิโรจน์	เชมรัมย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผศ.ดร.สมบัติ	อัปมระภา	สถาบันวิจัยวลัยรุกขเวช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.จกกลณี	จันทร์ศิริ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น
ดร.เพชรบูรณ์	พูลผล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.ศิริวัฒน์	ศิริอมรพรรณ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด
ดร.ธีรยุทธ	อุดมพร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ดร.กรรณิการ์	ตฤณภูมิพงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
อาจารย์ศุภลักษณ์	เอกอุเวชกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

ฝ่ายจัดการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด :

ดร.เสฐียรพงษ์	ศิวินา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางสาวชลธิดา	แสงมะณี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

พิมพ์ที่ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม 80 ถนนนครสวรรค์ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000
โทรศัพท์ 0-4372-2118 ต่อ 141 โทรสาร 0-4372-543

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ถือเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัย วิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้ประพันธ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป และผู้ประพันธ์จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความ

ผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำทั้งนี้เพื่อความสะดวก และรวดเร็วในการลงพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

ต้นฉบับควรพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft word for windows โดยใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวด้วยอักษร Angsana new ขนาด 16 เว้นบรรทัดใช้ระยะ Single space ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบน 1.5 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ขอบซ้าย 1.5 นิ้ว และขอบขวา 1 นิ้ว พิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่น จำนวนเนื้อหาไม่เกิน 10 หน้า (ไม่นับเอกสารอ้างอิง)

ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับ และสื่อถึงเป้าหมายหลักของการศึกษา (ไม่ใช่คำย่อ) ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อผู้พิมพ์ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมคำย่อปริญญาหรือคุณวุฒิ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรณีที่ได้รับปริญญาจากสถาบันต่างประเทศก็ไม่ต้องใช้ภาษาไทยสำหรับปริญญา นั้นระบุหน่วยงานหรือสถานที่ผู้พิมพ์ทำงานระบุชื่อ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ สำนักงานและโทรศัพท์มือถือ รวมทั้ง E-mail ของผู้พิมพ์ที่ใช้ติดต่อ

บทคัดย่อ (Abstract) เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วัสดุและวิธีการวิจัย ผลการวิจัย และวิจารณ์ ประมาณ 250-300 คำ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

คำสำคัญหรือคำหลัก (Keywords) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับช่วยในการค้นหาบทความ โดยใช้ Medical Subject Heading (MeSH) terms ของ U.S National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก

บทนำ (Introduction) เป็นส่วนหนึ่งของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้รู้ปัญหา ลักษณะ และขนาดเป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาในส่วนตัวของบทนำ

วิธีการศึกษา (Methods หรือ Materials and Methods) ระบุรูปแบบแผนการศึกษา (Study design protocol) เช่น Randomized double blind, Descriptive หรือ Quasi-Experiment บอกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีหรือมาตรการที่ศึกษา (Interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา การรักษาชนิดและขนาดของยาที่ใช้ ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไปให้ระบุในเอกสารอ้างอิงถ้าเป็นวิธีใหม่ อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจแล้วนำไปใช้ได้ ให้ระบุเครื่องมือหรืออุปกรณ์และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพให้ชัดเจน และกระชับ รวมถึงเครื่องมือในการเก็บข้อมูล เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้รวมทั้งการได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ผลการศึกษา (Results) แสดงผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อน ไม่มีตัวเลขมาก บรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมากตัวแปรมากควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้อย่างจำกัด

วิจารณ์ (Discussion) แสดงบทวิจารณ์ผลการศึกษาวาดตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัยหรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่...อย่างไร...เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น...วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่มีปิดบัง อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ ควรมีข้อสรุปว่า ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ และให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้เป็นประเด็นคำถามที่ควรมีการวิจัยต่อไป

ตาราง ภาพและแผนภูมิ บทความเรื่องหนึ่งๆ ไม่ควรมีตาราง หรือภาพมากเกินไป จำนวนที่เหมาะสมคือ 1-5 ตารางหรือภาพ โดยมีลำดับที่และชื่อของตารางหรือภาพอยู่ด้านบน ภาพที่ใช้ควรเป็นภาพขาว-ดำและมีความชัดเจนสูง อาจเป็นไดอะแกรม ภาพวาด ภาพถ่ายหรือกราฟที่ทำจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แม้จะใส่ภาพในบทความแล้ว ก็ควรส่งแยกไฟล์ต่างหากร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) ในกรณีที่ต้องการระบุคำขอบคุณผู้ให้ความช่วยเหลือให้จัดทำเป็น

ย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง และสนับสนุนทุนการวิจัยเท่าที่จำเป็น

เอกสารอ้างอิง (References) เป็นการรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้อ้างอิงข้อความในเนื้อเรื่อง โดยการอ้างอิงจะใช้เป็นตัวเลขในวงเล็บวางบนไหล่บรรทัดท้ายประโยค (ระบบ Vancouver) เรียงลำดับก่อนหลังตามที่ปรากฏในเนื้อเรื่อง ส่วนรายชื่อของเอกสารที่ใช้อ้างอิงนั้น จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ทั้งนี้ตัวเลขที่กำกับในเนื้อเรื่องจะต้องสอดคล้องกับลำดับที่ในรายการอ้างอิงท้ายบทความ

รูปแบบการเขียนบทความในผลงานวิจัยลงวารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

1. ชื่อเรื่อง (Title) ไทยและอังกฤษ พร้อมข้อความเกี่ยวกับผู้เขียน (Author) ไทยและอังกฤษ

2. บทคัดย่อ Abstract (ไทย-อังกฤษ) แยกตามหัวข้อโดยสังเขป บทคัดย่อภาษาไทยหรืออังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ดังนี้

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ :
รูปแบบการวิจัย :
วัสดุและวิธีการวิจัย :
ผลการวิจัย :
สรุปและข้อเสนอแนะ :

คำสำคัญ :

ABSTRACT

Purpose :
Design :
Methods :
Main findings :
Conclusion and recommendations :

Keywords :

บทความวิจัย

ชื่อเรื่อง :

ชื่อผู้พิมพ์ :

บทคัดย่อ (Abstract) :

.....
.....
.....
.....

คำสำคัญหรือคำหลัก (Key words) :

บทนำ (Introduction) :

.....
.....
.....

วิจารณ์ :

.....
.....
.....

วิธีการวิจัย :

.....
.....
.....

กิตติกรรมประกาศ :

.....
.....
.....

ผลการวิจัย :

.....
.....
.....

เอกสารอ้างอิง (ระบบ Vancouver) :

.....
.....
.....

สารบัญ

หน้า

การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการสอนสุขศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัด ศัลยกรรมกระดูกขณะรอผ่าตัด โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ Comparison of Knowledge in Practice Before and After Health Education in Orthopedic Surgery Patients While Waiting for Surgery at Suwannaphum Hospital สวณีย์ นามเพ็ง	11
ผลการนวดประคบหลังด้วยถุงถั่วเขียวต่อการลดความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด ในตึกคลอด โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ Outcome of Back Compress Massage with Bags of Green Beans for Pain Reduction During Labor in Labor Room Suwannaphum Hospital นิรมล สังวร, จิตติมา บุญกอง	19
ผลของการทำกลุ่มครอบครัวต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด Outcomes of Family Meeting to Stress of End of Life Caregiver in the Community. Suwannaphum Roi Et Province โชคนิติพัฒน์ วิสุญ, สมพักตร์ จรทอง	27
การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไต ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ Self-Care of Patients with Chronic Kidney Disease who Receive Renal Replacement Therapy with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis At. Suwannaphum Hospital สะอาด คำวาสดี	35
การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด Development of Caring for Acute Ischemic Myocardial Infarction Patients in Suwannaphum Hospital Roi-Et เยาวลักษณ์ คำวิไชย	43
การพัฒนาและประเมินผลแนวทางป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการแพทย์ ตึกผู้ป่วยอายุรกรรมและตึกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ Development and Evaluation of Practice Guidelines for Prevention Drug-Resistant infections of Nursing Personnel in Medical and Surgery Ward Suwannaphum Hospital ปาริชาติ ใจดี และพิมพ์สุภา ติดชม	53

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ผลการจัดทำเพื่อลดความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ Result of Posture to Relieve Pain in Appendectomy Patients In Surgical Ward Suwannaphum Hospital ศิริรินทร์ พัฒนวิบูลย์, กาญจนา บุญชาย	63
การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองร่วมกับมีภาวะเลือดออก เหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing of Traumatic Brain Injury Patients with Epidural Hemorrhage : Case studies นิตยาภรณ์ สีหาบัว	69
การพัฒนาตำรับอาหารพื้นบ้านอีสานเชิงพุทธเพื่อลดภาวะเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน The Development of Buddhist Northeastern Food Recipe to Reduce the Risk among Diabetes Risk Group ดวงดาว สารัตน, ดวงเดือน ศรีมาตี, ขนิษฐา ทัดเทียมหัต, ประภาพร ศรีตะวัน และดอกไม้งามตั้งนาก	79
ผลการใช้ยาประคบสมุนไพรรูปแบบสเปรย์ ที่มีต่อการลดระดับความปวดในผู้ป่วย โรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลจันทาร The Effectiveness of Herbal Compress form Spray Affecting Pain Relief in Low Back Pain Patients at Changhan Hospital. ภูมิณรงค์ วาณิชย์พุมิกุล	93
การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสที ยก ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing Care of manual for ST Elevated Acute Myocardial Infarction Nursing Care (ST-Elevated Myocardial Infarction : STEMI) Receiving antithrombotic : Cases study 2 Case. พุทธกัญญา นารณศิลป์	101
ผลของกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงสำหรับญาติผู้ป่วย ที่รอตรวจงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตต์จังหวัดร้อยเอ็ด The Effect of Emergency Severity Communication box for Patient Relatives at Emergency Department of Pathumrat Hospital Roi-Et Province. มนิรัตน์ แข็งแรง, สุพัตรา ไชยสิทธิ์ และปวิติ โอชะพนม	113

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ความชุกของการติดเชื้อแบคทีเรียที่แยกได้จากน้ำในช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ปี พ.ศ. 2558 ถึง 2562 The prevalence of Bacterial Peritonitis among Patients with Chronic Renal Failure after Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis at Roi Et Hospital, in 2015 to 2019 สุพจน์ ลามี่, นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ	123
การพัฒนาและประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด Development and Evaluation of a Self-care Behavior Modification of Diabetes Mellitus on High Risk group Program in Urban Medical Centers Roi-Et ลัดนา จันทร์แรม	135
ผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มีการใช้อินซูลินฉีดผ่านกิจกรรมเยี่ยมบ้าน Outcome of Pharmaceutical care in Eldery Diabetic Patients that use Insulin Injection through Home visit by Pharmacist พจมาลย์ บุญกลาง	149
ผลการใช้กิจกรรมการกิน การกอด การเล่น และการเล่านิทานที่มีต่อความฉลาดทางสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ สำหรับเด็กวัยแรกเกิดอายุ- 5 ปี เครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด Effects of Eating, Hugging, Playing and Storytelling Tales on Emotional Intelligence and Emotional Quotient for children at birth age - 5 years, Roi Et Province Health Network. วิทยา โคตรท่าน	157
สถานการณ์และแนวทางการเฝ้าระวังปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อวิทยุกระจายเสียงในอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด Situation and Surveillance of Health Products on Radio Advertising in Si Somdet District, Roi-Et พิทยาภรณ์ ศรีคำภา	169
ผลการใช้กิจกรรมกลุ่มและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในจังหวัดร้อยเอ็ด Outcome of the Group Activities and Health Belief Model to Self-care Behaviors with Pre-diabetes in Roi-Et เกษร ศรีธรรมมา	177

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การพัฒนาและการประเมินผลคุณภาพการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด Development and Evaluation of Pain Management Quality in Accident and Emergency Room Mueang suang Hospital, Roi-Et สะอาด กองทุ่งมน	191
ผลการเสริมพลังอำนาจแบบกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมการนัดของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมรัตน์ The Effective of an Empowerment Program on Missed Appointment of Diabetes Mellitus Patients in Pratumrat Hospital นฤพร ไชยวงศ์	205
ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตราการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด Effectiveness of Program of Care for Pregnant Women at Risk for Preterm Labor on the Rates of Preterm Labor and Preterm Birth in Pathum Rat hospital, Roi-Et เอมอร จำภา	219
ผลการใช้เทคนิค 5A, 5D, 5R และ STAR ที่มีผลต่อการลดอัตราการสูบบุหรี่ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการที่คลินิกของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด The effective of 5A, 5D, 5R, and STAR techniques on smoking rate reduction in chronic diseases. Patient who come to the clinic at Nong Phok Hospital Roi et Province ปัญญา ชมภู่วัช	229

การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการสอนสุขศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัด ศัลยกรรมกระดูกขณะรอผ่าตัด โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

Comparison of Knowledge in Practice Before and After Health Education in Orthopedic Surgery Patients While Waiting for Surgery at Suwannaphum Hospital

สวนีย์ นามเพ็ง *

Sawanee Nampeng

Corresponding author: E-mail: sawanee_or@hotmail.com

(Received: June 29, 2020; Revised: July 20, 2020; Accepted: July 30, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental) แบบ One group pretest posttest design

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกในหออผ่าตัด โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ โดยการใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive) จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปและแบบทดสอบความรู้ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีอัลฟาของครอนบาค (Cronbach'alpha coefficient) เท่ากับ 0.74 และ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ dependent t – test

ผลการวิจัย : หลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเข้ารับผ่าตัด มากกว่าเมื่อเทียบกับก่อนพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 2.60 คะแนน (95% CI : -3.36, - 1.83)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ควรมีแนวทางในการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด เช่น ถอดเครื่องประดับที่เป็นโลหะฝังในร่างกาย ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ในการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มาผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูก เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ และนำแผนการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกไปปรับปรุงใช้เป็นแนวทางในผู้ป่วยผ่าตัดกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดทางศัลยกรรมทั่วไป ผู้ป่วยผ่าตัดทางสูติรีเวช ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) เป็นต้น เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อไป

คำสำคัญ : ความรู้ ; การปฏิบัติตัว ; ศัลยกรรมกระดูก

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

ABSTRACT

Purpose : to compare knowledge of practice in orthopedic surgery

Design : Qua-si experimental study

Materials and Methods : The sample were selected by 30 Purposive methods form patients who underwent orthopedic surgery in the operating room of Suwannaphum Hospital. The instrument was a questionnaire consisting of 2 parts: general data and a knowledge test which passed content validation from experts and tested for confidence by Cronbach's alpha method value of 0.74. Data were collected and analyzed using descriptive statistics such as percentage, average and standard deviation. And inferential statistics including dependent t – test

Main findings : After the intervention, it was found that the sample group had more than mean score on knowledge to practice when surgery compared to before intervention ($p < .001$), with an mean score increase 2.60 (95% CI : -3.36, -1.83)

Conclusion and recommendations : Suggestions should have guidelines for performing before surgery, such as removing metal jewelry buried in the body. There should be additional studies on factors affecting knowledge in health education teaching regarding the practice of patients undergoing orthopedic surgery, such as education level, occupation, economic status. And to implement a health education teaching plan about practice in orthopedic surgery patients to be used as a guideline for other surgical patients, such as General surgery, Gynecology, Outpatients who undergo one day surgery as a guideline for the development of care for other surgery patients.

Keywords : knowledge; practice; orthopedic surgery

บทนำ

การพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรมนั้น หลักสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด คือการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากการผ่าตัด บรรเทาความเจ็บปวด ป้องกันความพิการ และช่วยให้สุขภาพฟื้นคืนสู่สภาวะปกติให้เร็วที่สุด¹ ลดผลกระทบทางด้านจิตใจภายหลังผ่าตัดใหญ่ที่สำคัญ ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดที่ได้รับ สภาพความเจ็บป่วยของตนเองหลังผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ กลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อน กลัวว่าจะไม่หายจากโรค กลัวว่าอาจเกิดความพิการทำให้ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพหรือทำงานตามเดิมได้² การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นสภาพให้ถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพก่อนและหลังการผ่าตัดในแต่ละระยะโดยการให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติที่ถูกต่อนั้นเป็นสิ่งสำคัญ วิธีการสอนตามปกติที่พยาบาลใช้

สอนผู้ป่วยจะมีสื่อและวิธีการหลายวิธี ได้แก่ การแจกเอกสาร แผ่นพับ ภาพพลิก หรือคู่มือ พร้อมกับบรรยายและมีการสาธิตให้ดูรวมทั้งการให้ดูวิดีโอเทปหรือฟังเทป ผู้ป่วยที่จะผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และการผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูกจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ได้แก่ ชนิดของการผ่าตัด การเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปอดบวม การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม หรือผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ปอด การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเคลื่อนไหวหลุดของข้อสะโพกเทียมหรือข้อเข่าเทียม และการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด การส่งเสริมความแข็งแรงของ

กล้ามเนื้อ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม การผ่าตัดใส่ข้อเข่าเทียม และการผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูก เจ้าหน้าที่จึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความสามารถและมีรูปแบบการให้ความรู้และการปฏิบัติตัวในการผ่าตัดใหญ่ทางศัลยกรรมกระดูกขึ้นมาช่วยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูก

จากสถิติปี พ.ศ. 2559 - 2561 มีผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ จำนวน 701, 687 และ 639 คิดเป็นร้อยละ 41.57, 40.51 และ 38.45 ตามลำดับ³ และจากการสำรวจผู้ที่มารับบริการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก ร้อยละ 90.28 พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกยังไม่เข้าใจหลักในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด และไม่สามารถอธิบายการปฏิบัติตัว การเตรียมความพร้อมของร่างกาย และจิตใจก่อนและหลังการผ่าตัดได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการสอนสุขศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกขณะรอผ่าตัดซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาจะใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้การแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกในส่วนที่ยังปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม และเพื่อนำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ผ่าตัดใหญ่ทางศัลยกรรมกระดูกสามารถดูแลตนเองได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental study) One group pretest posttest design เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการสอนสุขศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกขณะรอผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 28

กุมภาพันธ์ 2562 การสุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์คัดเข้า และคัดออกจำนวน 30 ราย โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดกระดูก ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา
2. เป็นผู้มีการรับรู้ สติสัมปชัญญะดี สื่อสารเข้าใจ และตอบแบบสอบถามได้
3. ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่
 - 1.1 แผนการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการเตรียมผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูก
 - 1.2 ภาพพลิกสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการเตรียมผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูก
 - 1.3 แผ่นพับเอกสารความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการเตรียมผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูก
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่แบบบันทึก แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ
 - 2.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา
 - 2.2 แบบทดสอบความรู้ ตัวเลือก ถูก และผิด จำนวน 10 ข้อ การตรวจสอบความตรง (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) การตรวจสอบความเที่ยงเชื่อมั่น (Reliability) วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นจากสูตรของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ผล เท่ากับ 0.74

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือถึงหัวหน้าตึกผู้ป่วยศัลยกรรม ขออนุญาตสอนสุขศึกษาและแจกแบบสอบถามผู้ป่วยที่มารอผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. จัดทำแผนการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้ เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดทาง ศัลยกรรมกระดูกและนอกรักษาตัวในตึกผู้ป่วยศัลยกรรม ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์แก่ผู้ป่วย แจกแบบสอบถามก่อน การสอนสุขศึกษา

3. ดำเนินการสอนสุขศึกษา 1 ครั้ง ก่อนเข้ารับการ ผ่าตัด และเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการสอนสุขศึกษา

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลมาลงรหัส โดยใช้โปรแกรม สำเร็จรูปคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้เชิงสถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Dependent

t – test อภิปรายผลโดยใช้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมา อภิปราย ถึงความรู้ที่ได้จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสุวรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ HE 44/61

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป เป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน (50%) อายุน้อยกว่า 30 ปี (36.7%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (26.7%) และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. (53.3%) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก (n = 30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	15(50.0)
หญิง	15(50.0)
อายุ (ปี)	
≤ 30	11(36.7)
31 – 40	3(10.0)
41 – 50	7(23.3)
51– 60	5(16.7)
> 60	4(13.3)
$\bar{X} = 39.5$ S.D. = 18.23	
อาชีพ	
ข้าราชการ	4(13.3)
เกษตรกร	8(26.7)
รับจ้าง	7(23.3)
ค้าขาย	6(20.0)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	7(23.3)
มัธยมศึกษา/ปวช.	16(53.3)
อนุปริญญา/ปวส.	3(10.0)
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	4(13.3)

2. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการสอน
สุขศึกษา ก่อนการพัฒนากลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด
ได้แก่ กระดูกหัก คือ การมีรอยแยก รอยแตกหรือมีความ
ไม่ต่อเนื่องกันของเนื้อกระดูก (83.3%) รองลงมา มี 2 ข้อ
คือ 1. กระดูกหัก มี 2 ประเภท คือ กระดูกหักชนิดไม่มีแผล
และกระดูกหักแบบมีแผลเปิด และ 2. สาเหตุของกระดูกหัก
คือ เกิดจากการได้รับอุบัติเหตุทางรถยนต์เท่านั้น (70.0%)

หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด 2 ข้อ
ได้แก่ 1) กระดูกหัก คือ การมีรอยแยก รอยแตก หรือมีความ
ไม่ต่อเนื่องกันของเนื้อกระดูก และ 2) การดูแลแผลผ่าตัดที่

ถูกต้อง คือ ไม่ให้แผลเปื่อยน้ำหรือเปื่อยขึ้น และไม่ให้แผล
เกิดการติดเชื้อ (100%) รองลงมา มี 4 ข้อ ได้แก่ 1) สาเหตุ
ของกระดูกหัก คือ เกิดจากการได้รับอุบัติเหตุทางรถยนต์
เท่านั้น 2) หลังการผ่าตัด ควรมาพบแพทย์ผู้ผ่าตัดทุกครั้ง
ที่มีการนัดเพื่อติดตามอาการ ผลการผ่าตัด และดูการติดกัน
ของกระดูก และ 3) การผ่าตัดสามารถยึดหรือตรึงกระดูก
ที่หักไม่ให้หลุดออกมาอีก และ 4) ควรถอดเครื่องประดับที่
เป็นโลหะทุกชนิด เช่น แหวน นาฬิกา สร้อยคอ สร้อยข้อมือ
ต่างหู และฟันปลอม (ถ้ามี) ก่อนผ่าตัด (96.7%) รายละเอียด
ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว (n = 30)

ข้อ	ความรู้	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
		จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
1	กระดูกหัก คือ การมีรอยแยก รอยแตก หรือมีความไม่ต่อเนื่องกันของเนื้อกระดูก	25(83.3)	30(100)
2	กระดูกหัก มี 2 ประเภท คือ กระดูกหักชนิดไม่มีแผล และกระดูกหักแบบมีแผลเปิด	21(70.0)	27(90.0)
3	การรักษากระดูกหัก ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเท่านั้น	15(50.0)	23(76.7)
4	สาเหตุของกระดูกหัก คือ เกิดจากการได้รับอุบัติเหตุทางรถยนต์เท่านั้น	21(70.0)	29(96.7)
5	ควรถอดเครื่องประดับที่เป็นโลหะทุกชนิด เช่น แหวน นาฬิกา สร้อยคอ สร้อยข้อมือ ต่างหู และฟันปลอม (ถ้ามี) ก่อนผ่าตัด	18(60.0)	29(96.7)
6	ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารให้เรียบร้อยก่อนไปห้องผ่าตัดอย่างน้อย 1 - 2 ชม. เพื่อป้องกันการหิวข้าวระหว่างผ่าตัด	15(50.0)	26(86.7)
7	หลังการผ่าตัด ควรมาพบแพทย์ผู้ผ่าตัดทุกครั้งที่มีการนัดเพื่อติดตามอาการ ผลการผ่าตัด และดูการติดกันของกระดูก	18(60.0)	29(96.7)
8	หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยสามารถใช้งานอวัยวะข้างที่ผ่าตัดได้ทันที โดยไม่ต้องรอการอนุญาตจากแพทย์ผ่าตัด	14(46.7)	28(93.3)
9	การผ่าตัดสามารถยึดหรือตรึงกระดูกที่หักไม่ให้หลุดออกมาอีก	18(60.0)	29(96.7)
10	การดูแลแผลผ่าตัดที่ถูกต้อง คือ ไม่ให้แผลเปื่อยน้ำหรือเปื่อยขึ้น และไม่ ให้แผลเกิดการติดเชื้อ	15(50.0)	30(100)
ค่าเฉลี่ยโดยรวม		180 (60.0)	280 (93.33)

เมื่อพิจารณาระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการสอนสุขศึกษา พบว่า ก่อนการสอนสุขศึกษามีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (46.7%) และหลังการสอนสุขศึกษามีความรู้อยู่ในระดับมาก (90%) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ก่อนและหลังการสอนสุขศึกษา

ระดับความรู้	ก่อน	หลัง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
น้อย	8 (26.6)	0(0.0)
ปานกลาง	14 (46.7)	3 (10.0)
มาก	8 (26.6)	27 (90.0)
รวม	30 (100)	30 (100)
	$\bar{x} = 6.0$ S.D. = 1.85	$\bar{x} = 8.60$ S.D. = 0.81
	Min = 3 Max = 9	Min = 6 Max = 10

3. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการสอนสุขศึกษา

หลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเข้ารับการผ่าตัด มากกว่าเมื่อเทียบกับก่อนพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เท่ากับ 2.60 คะแนน (95% CI : 1.83 - 3.36) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการสอนสุขศึกษา

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย (SD.)	mean diff (SE.)	95% CI		P
			Lower	Upper	
ก่อนการสอนสุขศึกษา	6.0 (1.85)	2.60 (0.37)	1.83	3.36	<.001*
หลังการสอนสุขศึกษา	8.60 (0.81)				

วิจารณ์

หลังการสอนสุขศึกษาผู้ป่วยที่มาผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูก มีระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการสอนสุขศึกษามีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (46.7%) และหลังการสอนสุขศึกษามีความรู้อยู่ในระดับมาก (90.0%) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการสอนสุขศึกษามีผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก โดยกระบวนการสอนสุขศึกษา มีรายละเอียดดังนี้ ใช้แผนการสอนสุขศึกษาผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ จำนวน 30 คน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 28 กุมภาพันธ์ 2561 มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก และมีการแจกเอกสารแผ่นพับเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกให้กับผู้ป่วยแล้วเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความรู้ก่อนการสอนและหลังการสอน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ

ผลการศึกษา สอดคล้องกับแนวคิดที่กล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้ จะเกิดการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงทางด้านสมองเป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับสติปัญญา ความรู้ ความคิด ความเฉลียวฉลาด ความสามารถในการคิดเรื่องราวต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นความสามารถทางสติปัญญา หมายถึง เมื่อบุคคลได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้ความจำ ความเข้าใจ การนำ

ความรู้ไปใช้ การคิดวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินค่า ผู้เรียนได้นำเอาสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ⁴ สอดคล้องการศึกษาผลของการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และการปฏิบัติตนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง พบว่า การสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์และสอนแบบบรรยายส่งผลให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สำหรับด้านการปฏิบัติตน พบว่าการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องมากกว่าการสอนแบบบรรยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)⁵ เช่นเดียวกับการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของประสิทธิภาพของการให้สุขศึกษาในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยต่อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนความรู้ก่อนได้รับสุขศึกษาร้อยละ 41.03 และค่าคะแนนหลังการได้รับสุขศึกษาร้อยละ 88.85 ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน ผลคะแนนก่อนได้รับสุขศึกษาร้อยละ 24.26 และคะแนนความรู้หลังได้รับสุขศึกษาร้อยละ 86.94 สรุปได้ว่า การได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดโดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดู วิดีทัศน์ แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการเปิดโอกาสให้ซักถามตลอดจนการสอน การสาธิต ผู้ป่วยและญาติให้สามารถปฏิบัติตนเองได้ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้มากขึ้นและมีความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้านได้เป็นอย่างดี⁶ สอดคล้องกับผลการศึกษาของแก้วใจ ทัดจันทร์และคณะ⁷ ได้ศึกษาผลการให้การพยาบาลในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดใหญ่ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดใหญ่ทางออร์โธปิดิกส์มากกว่าร้อยละ 80 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองหลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นและผู้ป่วยที่มี เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ บทบาททางครอบครัว ชนิดของการผ่าตัดต่างกัน มีความรู้ไม่แตกต่างกัน การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ทางออร์โธปิดิกส์ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80 และผลการเปรียบเทียบชนิดของการผ่าตัด มีการปฏิบัติ

ถูกต้องแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยที่ผู้ป่วยที่ผ่าตัดข้อเข่าเทียมและผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูกสันหลังปฏิบัติถูกต้องดีกว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดข้อสะโพกเทียม⁷

ข้อเสนอแนะ

1. การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการถอดเครื่องประดับหลังการนอนมีระดับความรู้ลดลง คือ ควรถอดเครื่องประดับที่เป็นโลหะทุกชนิด เช่น แหวน นาฬิกา สร้อยคอ สร้อยข้อมือ ต่างหู และพินปลอม (ถ้ามี) ก่อนผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยบางรายฝังโลหะไว้ในร่างกาย ไม่สามารถนำออกมาได้ จึงควรมีแนวทางในการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดเพิ่มเติม และควรแนะนำให้ผู้ป่วยแจ้งเจ้าหน้าที่หากมีโลหะฝังในร่างกาย
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ในการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มาผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูก เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น
3. ควรนำแผนการสอนสุขศึกษาแนวทางการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกไปปรับปรุงใช้เป็นแนวทางในผู้ป่วยผ่าตัดกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดทางศัลยกรรมทั่วไป ผู้ป่วยผ่าตัดทางสูติศาสตร์ ผู้ป่วยนอกที่มารับการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สมศรี เจริญหล้า. ผลของพยาบาลผู้ป่วยแบบเน้นการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจในระยะหลังผ่าตัดต่อช่วงเวลาที่ต้องการยาแก้ปวดและประสบการณ์การเจ็บปวด [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2525.
2. นัทธมนนุชธานนท์. การปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกศัลยกรรม. เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินติ้ง; 2554.
3. โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ.สรุปผลงานประจำปี 2561. เอกสารอัดสำเนา ; 2561.
4. Benjamin, S Bloom. 'Learning for mastery'. Evaluation comment. Center for the study of instruction program. University of California at Los Angeles 1986 ; 2 : 47 – 62.

5. บุญธิดา ลิมาพงษ์ภาสและคณะ. 2558. ผลของการสอนก่อนผ่าตัดโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และการปฏิบัติตนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2558 ; 9(1) : 1-7.
6. คณะเจ้าหน้าที่ตึกสงฆ์อาพาธ รพ.ลำพูน. ประสิทธิภาพของการให้สุศึกษาในการ ปฏิบัติตัวของผู้ป่วยต่อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม. [อินเทอร์เน็ต]. ลำพูน ; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 16 ธันวาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก : www.lpnh.go.th/web_nurse/Mini_research/สงฆ์4.ppt.
7. แก้วใจ ทัดจันทร์และคณะ. 2554. ผลการให้การพยาบาลในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดใหญ่ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. [อินเทอร์เน็ต]. เพชรบุรี ; 2554 [เข้าถึงเมื่อ 16 ธันวาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก : www.phrachomklao.go.th/hrd/reseaech/54/19.pdf.

**ผลการนวดประคบหลังด้วยถุงถั่วเขียวต่อการลดความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด
ในตึกคลอด โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ**
**Outcome of Back Compress Massage with Bags of Green Beans for Pain
Reduction During Labor in Labor Room Suwannaphum Hospital**

นิรมล สัจวร* จิตติมา บุญกอง**

Niramol Sangworn, Chittima Boonkong

Corresponding author : E-mail : Niramol1969@gmail.com

(Received: June 29, 2020 ; Revised : July 20, 2020; Accepted: July 30, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดระหว่างหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการนวดประคบด้วยถุงถั่วเขียวกับกลุ่มที่ได้รับการนวดธรรมดา

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่มากคลอดที่โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent t-test

ผลการวิจัย : พบว่าก่อนการพัฒนา กลุ่มนวดประคบด้วยถุงถั่วเขียวมีคะแนนความปวดไม่แตกต่างจากกลุ่มนวดธรรมดา ($p = .189$) หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างที่นวดประคบด้วยถุงถั่วเขียวมีคะแนนเฉลี่ยความปวดน้อยกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่นวดแบบธรรมดา ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความปวดน้อยลง เท่ากับ 1.90 คะแนน (95% CI : 1.40, 2.65)

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากงานวิจัยดังกล่าวนำไปเป็นทางเลือกหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ปากมดลูกเปิดเร็ว เพื่อการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา เพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดของผู้คลอดและญาติ และควรนำการวิจัยอื่นที่เกี่ยวกับการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดเช่น การใช้เสียงดนตรี การใช้กลิ่นหอมเพื่อช่วยให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ : การลดความเจ็บปวด ; นวดประคบหลังด้วยถุงถั่วเขียว ; ระยะเจ็บครรภ์คลอด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

ABSTRACT

Purpose : To compare the pain scores in during labor of pregnant group with Bags of green beans back compress massage in labor room

Design : Qua-si experimental research

Materials and Methods : 20 of participants were labor of pregnant who met inclusion and exclusion criteria. The tools used are The questionnaire consists of 2 parts which are general information and pain scores in during labor before and after the conventional massage and compress massage with a Bags of green beans that is heated by microwave use the highest power for 1 minute. Assess the pain scores after the massage with pain scale. Data were collected by interviewing and analyzed by descriptive statistics such as percentage, mean, standard deviation and inferential statistics such as Independent t-test.

Main findings : It was found that before intervention the bags of green beans compress massage group had the same pain score as the normal massage group ($p = .189$). After intervention the Bags of green beans compress massage group had lower pain mean scores than the normal massage group ($p < .001$) with a mean pain score of 1.90 (95% CI : 1.4, 2.65).

Conclusion and recommendations : From this research, it is used as an alternative practice of nursing in the cervical period for pain relief without medication and reduce the anxiety about the birth of the mother and relatives, and other research related to the pain relief during labor, such as Using music The use of fragrances to help nursing more effective

Keywords : pain reduction ; back compress massage with bags of green beans ; during labor

บทนำ

การคลอดเป็นกระบวนการตามธรรมชาติของมนุษย์ แต่ส่งผลให้เกิดความเจ็บปวด ความรู้สึกทุกข์ทรมานโดยเฉพาะในระยะเจ็บครรภ์คลอด สาเหตุของความเจ็บปวดเกิดได้จาก สรีรวิทยาของการเจ็บครรภ์คลอดเนื่องมาจากการหดตัวของมดลูก มีผลให้กล้ามเนื้อขาตึงเครียดมาเลี้ยง เกิดการพร่องออกซิเจนของเซลล์กล้ามเนื้อมดลูก ความเจ็บปวดที่เพิ่มความเครียดทำให้ร่างกายหลั่งสาร Catecholamine ออกมามาก สารนี้มีฤทธิ์ให้หลอดเลือดทั่วร่างกายตีบทำให้ลดปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกรวมทั้งปริมาณออกซิเจนไปสู่ทารกในครรภ์ลดลงด้วย อาจเกิดภาวะ Fetal anoxia, Fetal acidosis และ Fetal distress ตามมา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนบางชนิด เช่น Oxytocin, Prostaglandin¹ ความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดดังกล่าว ทำให้ผู้คลอดมีพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บปวดเพิ่มมาก การคลอดจึงเป็นสิ่งที่ทรมานและส่งผลให้มีเจตคติ

ในทางลบต่อการตั้งครรภ์ และการคลอดทำให้เกิดความเจ็บปวดขณะคลอดมากกว่าปกติ ส่งผลให้ผู้คลอดเสี่ยงต่อการคลอด ล่าช้า การคลอดโดยสูติศาสตร์หัตถการ การตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อในโพรงมดลูก²

ปัจจุบันการลดความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดมีทั้งวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้ยาและวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา ซึ่งการใช้ยาระงับความเจ็บปวดออกฤทธิ์ในระยะสั้น และมักใช้ในระยะเวลาที่ปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase) ทำให้ผู้คลอดลดความตึงเครียด สงบ ผ่อนคลาย แต่ไม่นิยมให้ยาในระยะใกล้คลอดเนื่องจากยาสามารถผ่านรกไปสู่ทารกในครรภ์และ ก่อระบบประสาทส่วนกลางของทารกทำให้ทารกแรกเกิดหายใจไม่เต็มที่มีความเสี่ยงที่จะเกิด ภาวะแทรกซ้อนและเกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้สูง³ การใช้เทคนิคส่งเสริมความสามารถต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง เทคนิคการลดปวดมี

หลายวิธี เช่น การใช้น้ำบำบัด การกดจุด การฝังเข็ม การนวด การสอนเทคนิคการหายใจ การกระตุ้นด้วยเครื่องไฟฟ้า การประคบเย็นประคบร้อน⁴

โรงพยาบาลสุวรรณภูมิเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง มีสูติแพทย์ 2 ท่าน มีอัตราการคลอด 40 -50 รายต่อเดือน คิดเป็นการคลอดปกติร้อยละ 50 เนื่องจากมีสูติแพทย์จึงสามารถทำการผ่าตัดคลอดได้ง่ายขึ้น ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่กลัวการเจ็บครรภ์คลอดเลือกที่จะผ่าตัดมากขึ้น และหญิงตั้งครรภ์ที่ตั้งใจที่จะคลอดปกติแต่เมื่อเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอดทำให้ทนต่อความเจ็บปวดไม่ไหวเลือกคลอดด้วยการผ่าตัดคลอดซึ่งสร้างความวิตกกังวลแก่ญาติและพยาบาลผู้ดูแล การนวดประคบด้วยถุงกล้วยเขียวเป็นการนวดหลังหญิงตั้งครรภ์ด้วยความร้อนขณะเจ็บครรภ์อาจเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยลดปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยามาช่วยบรรเทาปวด ดังนั้นผู้วิจัยในบทบาทของพยาบาลผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะเจ็บครรภ์คลอด จึงได้ศึกษาการนวดประคบด้วยถุงกล้วยเขียวต่อการลดปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด หากผลการวิจัยพบว่าวิธีการดังกล่าวสามารถบรรเทาความรุนแรงจากการเจ็บปวดได้ จะได้นำการบรรเทาความเจ็บปวดด้วยการนวดประคบด้วยถุงกล้วยเขียวร้อนร้อนมาใช้เป็นกิจกรรมการพยาบาล ตามบทบาทอิสระในการดูแลเพื่อลดปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดเพื่อให้ผู้คลอดสามารถผ่าน กระบวนการคลอดได้อย่างปลอดภัยและมีความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดระหว่างหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการนวดประคบด้วยถุงกล้วยเขียวกับกลุ่มที่ได้รับการนวดธรรมดา

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experiment) โดยได้ทำการทดลองกับผู้คลอดที่เจ็บครรภ์คลอดที่อยู่ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ในช่วงเดือนมกราคม – มีนาคม 2562 ใช้วิธีการหาขนาดตัวอย่าง จากการคำนวณด้วยสูตร Two Independent means ได้ 20 คน จากงานวิจัยของรังสิณี พูลเพิ่มและคณะ⁵ การใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่นประคบหน้าท้องต่อการลดความเจ็บปวด และการลดระยะเวลาของระยะปากมดลูกเปิดเร็วในการคลอดครั้งแรก การสุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์คัดเข้า และคัดออกจำนวน 20 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 10 ราย โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นหญิงตั้งครรภ์ครรภ์ปกติไม่มีโรคประจำตัว
2. ครรภ์ครบกำหนดมากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์
3. เป็นผู้มีการรับรู้ สติสัมปชัญญะดี สื่อสารเข้าใจ และตอบแบบสอบถามได้
4. มีความยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

- 1.1 แนวทางการนวดเพื่อลดปวดแบบธรรมดา และแนวทางการนวดประคบร้อนด้วยถุงกล้วยเขียว
- 1.2 ถุงผ้าใส่กล้วยเขียว ครึ่งกิโลกรัม
- 1.3 เต้าไมโครเวฟ สำหรับอุ่นถุงกล้วยเขียว
- 1.4 มาตรวัดความปวด (Pain scale) แบบตัวเลข⁶ (Numerical rating scale : NRS) เป็นการประเมินความปวด โดยผู้ป่วยให้คะแนนความปวดด้วยตนเอง โดยคะแนน 0 คือไม่ปวด และ 10 คือ ปวดมากที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยศึกษาทฤษฎีและผลงานที่เกี่ยวข้อง 1 ชุดแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลประกอบด้วยคำถามปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 ระดับความเจ็บปวดก่อนและหลังการนวดแบบธรรมดากับนวดประคบด้วยถุงกล้วยเขียว การตรวจสอบความตรง (Validity) ความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา(Content Validity)โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการทดลองกับผู้คลอดที่เจ็บครรภ์คลอดที่อยู่ในระยะปากมดลูกเปิดเร็วจำนวน 20 รายแบ่งเป็น 2 กลุ่ม มีขั้นตอนดังนี้

1. จัดทำแบบบันทึกการวิจัย เรื่องผลของการนวดประคบหลังด้วยถุงถั่วเขียวต่อการลดความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด

2. สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

3. การประเมินความปวดด้วยมาตรวัดความปวด

4. นวดประคบด้วยถุงถั่วเขียว และนวดแบบธรรมดา

- การนวดแบบธรรมดา จัดให้หญิงตั้งครรภ์นอนตะแคงด้านซ้าย นวดโดยใช้มือกดนวดบริเวณหลังและสะโพกของหญิงตั้งครรภ์อย่างน้อย 30 นาที

- การนวดประคบด้วยถุงถั่วเขียว จัดให้หญิงตั้งครรภ์นอนตะแคงด้านซ้าย นำถุงถั่วเขียวที่ได้จากการอุ่นด้วยเตาไมโครเวฟด้วยไฟแรงสุด 1 นาที นวดประคบบริเวณหลังและสะโพกของหญิงตั้งครรภ์โดยใช้ผ้ารองบริเวณที่นวดและสอบถามความร้อนจากหญิงตั้งครรภ์เป็นระยะถ้าร้อนจะต้องใช้ผ้ารองอีก 1 ชั้น และสังเกตผิวหนังบริเวณที่นวดทุก 5 นาทีเพื่อประเมินอาการ Burn ที่ผิวหนัง นวดอย่างน้อย 30 นาที

4. ประเมินระดับความเจ็บปวดด้วย มาตรวัดความปวดหลังการนวดแต่ละแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผลเบื้องต้นด้วย

คอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Independent t - test อภิปรายผลโดยใช้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาอภิปราย ถึงความรู้ที่ได้จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสุวรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ HE 4/61

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มนวดประคบด้วยถุงถั่วเขียวและกลุ่มแบบธรรมดามีข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกันโดยครึ่งหนึ่งเป็นมารดาอายุ 14 - 20 ปี มีอาชีพเป็นแม่บ้านมากกว่าครึ่ง กลุ่มประคบด้วยถุงถั่วเขียวจบประถมศึกษาปีที่ 5-6 มากที่สุด (50.0%) กลุ่มแบบธรรมดามัธยมศึกษาปีที่ 4-6 มากที่สุด (40.0%) ทั้งสองกลุ่มครึ่งหนึ่งเป็นมารดาครรภ์ที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยคลอดและไม่เคยแท้ง กลุ่มประคบด้วยถุงถั่วเขียวอายุครรภ์เท่าๆ กันที่ 37, 38, 39 สัปดาห์ (30.0%) กลุ่มแบบธรรมดาส่วนใหญ่อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ กลุ่มประคบด้วยถุงถั่วเขียวส่วนใหญ่ปากมดลูกเปิด 4 cm (30.0%) กลุ่มแบบธรรมดาส่วนใหญ่ปากมดลูกเปิด 4 cm และ 8 cm (40.0%) แสดงรายละเอียดในตาราง

ที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่นวดประคบด้วยถุงถั่วเขียวและแบบธรรมดา (n=20)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มนวดประคบด้วยถุงถั่วเขียว จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มนวดแบบธรรมดา จำนวน(ร้อยละ)
อายุ		
14 - 20 ปี	5(50.0)	5(50.0)
21 - 30 ปี	4(40.0)	3(30.0)
31- 40 ปี	1(10.0)	2(20.0)
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0(0.0)	1(10.0)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	0(0.0)	2(20.0)
แม่บ้าน	7(70.0)	6(60.0)
รับจ้าง	3(30.0)	0(0.0)
กำลังศึกษา	0(0.0)	1(10.0)
การศึกษา		
ประถมศึกษาปีที่5-6	5(50.0)	0(0.0)
มัธยมศึกษาปีที่1-3	2(20.0)	2(20.0)
มัธยมศึกษาปีที่4-6	3(30.0)	4(40.0)
ปวช./ปวส.	0(0.0)	2(20.0)
ปริญญาตรี	0(0.0)	2(20.0)
ครรภ์ที่		
ครรภ์ที่ 1	5(50.0)	5(50.0)
ครรภ์ที่ 2	4(40.0)	3(30.0)
ครรภ์ที่ 3	1(10.0)	1(10.0)
ครรภ์ที่ 4	0(0.0)	1(10.0)
การคลอด		
ไม่เคยคลอด	6(60.0)	6(60.0)
เคยคลอด 1 ครั้ง	3(30.0)	2(20.0)
เคยคลอด 2 ครั้ง	1(10.0)	1(10.0)

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่นัดประคบด้วยถุงถั่วเขียวและแบบธรรมดา (n=20)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มนัดประคบด้วยถุงถั่วเขียว จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มนัดแบบธรรมดา จำนวน(ร้อยละ)
เคยคลอด 3 ครั้ง	0(0.0)	1(10.0)
การแท้ง		
ไม่เคยแท้ง	9(90.0)	9 (90.0)
แท้ง 1 ครั้ง	1(10.0)	1(10.0)
อายุครรภ์		
อายุครรภ์ 37 สัปดาห์	3(30.0)	1(10.0)
อายุครรภ์ 38 สัปดาห์	3(30.0)	3(30.0)
อายุครรภ์ 39 สัปดาห์	3(30.0)	2(20.0)
อายุครรภ์ 40 สัปดาห์	1(10.0)	4(40.0)
การเปิดของปากมดลูก		
4 cm	3(30.0)	4(40.0)
5 cm	2(20.0)	0(0.0)
6 cm	2(20.0)	2(20.0)
7 cm	1(10.0)	0(0.0)
8 cm	2(20.0)	4(40.0)

การเปรียบเทียบระดับความปวดหลังการนัดแบบธรรมดาและนัดประคบด้วยถุงถั่วเขียวก่อนการพัฒนาพบว่า กลุ่มนัดประคบด้วยถุงถั่วเขียวมีคะแนนความปวดไม่ต่างจากกลุ่มนัดธรรมดา ($p = .189$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การการเปรียบเทียบระดับความปวดก่อนการนวด

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย (SD.)	mean diff (SE.)	95% CI		p
			Lower	Upper	
กลุ่มนวดแบบธรรมดา	9.10 (.99)	0.60 (.43)	-.323	1.523	.189
กลุ่มนวดประคบด้วยถุงถั่วเขียว	8.50 (.97)				

หลังการพัฒน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่นวดประคบด้วยถุงถั่วเขียวมีคะแนนเฉลี่ยความปวดน้อยกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่นวดแบบธรรมดา ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความปวดลดลง เท่ากับ 1.90 คะแนน (95% CI : 1.4, 2.65) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับความปวดหลังการนวดแบบธรรมดาและนวดประคบด้วยถุงถั่วเขียว

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย (SD.)	mean diff (SE.)	95% CI		p
			Lower	Upper	
กลุ่มนวดแบบธรรมดา	7.20 (.79)	1.90 (.36)	1.42	2.657	<.001*
กลุ่มนวดประคบด้วยถุงถั่วเขียว	5.30 (.82)				

วิจารณ์

หลังการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดระหว่างหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการนวดประคบด้วยถุงถั่วเขียวกับกลุ่มที่ได้รับการนวดธรรมดา พบว่าระดับความเจ็บปวดหลังนวดของการนวดประคบด้วยถุงถั่วเขียวมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่นวดแบบธรรมดา เนื่องจากความร้อนของถุงถั่วเขียวมีผลลดการนำสัญญาณประสาทของ C fiber ทั้ง Afferent fiber และ Efferent fiber ทำให้ การนำสัญญาณประสาทของความเจ็บปวดไปที่สมองลดลง หรือความร้อนกระตุ้นให้มีการหลั่งสาร endorphin ซึ่งมีผลทำให้รู้สึกสบายจึงปวดลดลง การที่ความร้อนเพิ่มการไหลเวียนเลือดจึงชะล้างสารที่ทำให้เกิดอาการปวดกลับไปได้เร็วขึ้น เช่น Prostaglandin และ Bradykinin การที่ลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ทำให้ลดอาการปวดจากการเกร็งค้างของกล้ามเนื้อ ตลอดจนความร้อนทำให้เกิดการผ่อนคลายจึงลดการปวดลงได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพรณ ทิพย์สัจจะธรรมและคณะ⁸ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมนวดบำบัดด้วยน้ำมันหอม

ระเหยต่อความเจ็บปวดในการเจ็บครรภ์คลอดที่โรงพยาบาลสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเจ็บปวดในการ เจ็บครรภ์คลอดก่อนได้รับโปรแกรมนวดบำบัดด้วยน้ำมันหอมระเหย และหลังได้รับโปรแกรมนวดบำบัด ด้วยน้ำมันหอมระเหย พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดน้อย กว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ทั้งในระยะปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร , 8-9 เซนติเมตร และ 10 เซนติเมตร เช่นเดียวกับกับรังสิณี พูลเพิ่มและคณะ⁵ ที่ได้ศึกษา ผลของการใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่นประคบหน้าท้องต่อการลดความเจ็บปวด และการลดระยะเวลาของระยะปากมดลูกเปิดเร็วในมารดาครรภ์แรก ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการประคบด้วยผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่นวางที่หน้าท้องตั้งแต่ยอดมดลูกถึงเหนือหัวเหน่าอย่าง ต่อเนื่อง คะแนนความเจ็บปวดเฉลี่ยต่ำกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีระดับความเจ็บปวดเฉลี่ยในกลุ่มทดลองเท่ากับ 6 จาก 1 คะแนน และพบว่าผู้คลอดที่ได้รับการประคบด้วยผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่นวางที่หน้าท้องตั้งแต่

ยอดมดลูกถึงเหนือหัวเหน่าอย่าง ต่อเนื่องมีระยะปากมดลูกเปิดเร็วสั้นกว่าผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยลดระยะ เวลาจาก 6 ชั่วโมงลงเหลือ 3 ชั่วโมง 30 นาที และสอดคล้องกับทัศนีย์ คล้ายข้า และคณะ⁹ ที่ได้ศึกษาผลของการนวดร่วมกับการประคบร้อนต่อความเจ็บปวดและ การเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรก ที่มาคลอดบุตรในห้องคลอดโรงพยาบาลบางจากพบว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดร่วมกับการประคบร้อนในระยะที่ 1 ของการคลอดมีค่าเฉลี่ยของ คะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะ

1. การนวดประคบด้วยถุงถั่วเขียวเป็นสามารถนำไปเป็น ทางเลือกหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ ปากมดลูกเปิดเร็ว ในการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา เพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดของผู้คลอดและญาติ
2. ควรนำผลงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดมาประยุกต์ใช้และปฏิบัติกับหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดในระยะต่าง ๆ ของการคลอดเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ วิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาวิธีอื่น ๆ เช่น การใช้ เสียงดนตรี กลิ่นหอม เพื่อช่วยให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
3. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นและมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น
4. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการนวดประคบด้วยถุงถั่วเขียวในระยะเจ็บครรภ์คลอดที่มีผลต่อความก้าวหน้าของการคลอด และทำให้การคลอดปกติสิ้นสุดเร็วขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ธีระ ทองสง, ชเนนทร์ วนาภิรักษ์. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : พี.บี. ฟอเรน บุคส์ เซนเตอร์ ; 2541.
2. เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ. การเจ็บครรภ์คลอด [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่ ; 2555 [เข้าถึงเมื่อ 2 ธันวาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก : www.med.cmu.ac.th
3. ณัฐพัชร จันทรสกา. การเจ็บครรภ์คลอด [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่ ; 2555 [เข้าถึงเมื่อ 2 ธันวาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก : www.med.cmu.ac.th
4. ธัญญารัตน์ กุลณิจิตต์เมธี. ความปวดและการจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี 2560 ; 6(2) : 158-65.
5. รังสิณี พูลเพิ่ม, อุบลรัตน์ ระวังโค และขวัญเรือน ด่วนดี. ผลของการใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่นประคบหน้าท้องต่อการลดความเจ็บปวด และการลดระยะเวลาของระยะปากมดลูกเปิดเร็วในมารดาครรภ์แรก.วารสารพยาบาลทหารบก 2556 ; 14(3) : 67-76.
6. Melzack, R., & Katz, J.. Pain measurement in persons in pain. In P. D. Wall, & R. Melzack (Eds.), Textbook of pain (pp. 409-426). London : Harcourt Publisher. 1999 : 409-26.
7. วิลาวัลย์ ไทรโรจน์รุ่ง.ผลของการประคบร้อนและเย็นต่อการลดปวดในระยะเจ็บครรภ์. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2553.
8. สุภาพรณ ทิพย์สัจจะธรรมและไกรสร อัมมวรรณ.ผลของโปรแกรมนวดบำบัดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเจ็บปวดในการเจ็บครรภ์คลอด. วารสารบัณฑิตศึกษา 2560 ; 6(1) : 1548-57.
9. ทัศนีย์ คล้ายข้า, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, นันทนา ธนาโนวรรณ, วรรณนา พาหุวัฒนกร. ผลของการนวดร่วมกับการประคบร้อนต่อความเจ็บปวดและการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรก. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2556 ; 31(2) : 38-47.

ผลของการทำกลุ่มครอบครัวต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

Outcomes of Family Meeting to Stress of End of Life Caregiver in the Community. Suwannaphum Roi Et Province

โชคนิตพัฒน์ วิสอญ* สมพักตร์ จรทอง**

Choknitiphat wisoon Sompak jorntong

Corresponding author : E-mail : Chokniti@hotmail.com

(Received: June 29, 2020 ; Revised : July 20, 2020 ; Accepted : July 30, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิภาคที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกจำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบสอบถามเพื่อประเมินความเครียด ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและแบบสอบถามประเมินความเครียดซึ่งผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค ที่ 0.76 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติอนุมานได้แก่ Paired t-test

ผลการวิจัย : หลังการพัฒนา กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลงเท่ากับ 15.17 คะแนน (95% CI : 12.15, 18.17)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ควรให้มีการจัดตั้งหน่วยการให้บริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบสมบูรณ์ ให้บริการทุกวัน ไม่มีวันหยุด มีบริการนอกเวลาตลอด 24 ชั่วโมง มีพยาบาลประจำที่คอยให้บริการและให้คำปรึกษาช่วยเหลือญาติและผู้ป่วยเมื่อมาติดต่อ เพื่อความรวดเร็วทันเวลาและพยาบาลควรให้การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผ่านการประเมินความเครียดแล้วพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงเมื่อได้ดูแลผู้ป่วยระยะหนึ่งด้วยการจัดกิจกรรมให้ญาติผู้ดูแลได้พบพูดคุยกับญาติรายอื่น ๆ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น แลกเปลี่ยนการดูแลและวิธีผ่อนคลายความเครียด ติดตามการดูแลแม้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตไปแล้ว

คำสำคัญ : ผู้ดูแลคนไข้ ; ผู้ป่วยระยะท้าย ; ความเครียด

* ** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

ABSTRACT

Purpose : to compare the stress of caregivers of End of life.

Design : Qua-si experimental study

Materials and Methods : The sample were caregivers of and of life patients enrolled at Suwannaphum Hospital within 30 participants who met on inclusion and exclusion criteria Instruments were a questionnaire to assess stress. Consisting of 2 parts : general information of the caregivers and the stress assessment questionnaires, which were examined by 3 experts. Confidence test by Cronbach's alpha method at 0.76. Collected through individual interviews between 15 February 2018-25, March 2018. Analyzed by descriptive statistics such as percentage, average, standard deviation and inferential statistics such as Paired t-test.

Main findings : After the intervention found that caregivers of end of life patients had a lower mean stress score compared to before the intervention ($p < .001$) with a lower mean stress score of 15.17 (95% CI: 12.15 - 18.17).

Conclusion and recommendations : Therefore a complete palliative care unit should be established open daily all 24 hour part time service and no holidays. There are nurse on hand to provide services and Providing advice and assistance to relatives and patients when contacting quickly and in time. Nurses should provide care for caregivers of end of life patients who have passed the stress assessment and found that their self-esteem decreases after care of patients for a period of time by organizing activities for their caregivers, meet and talk to other relatives

Keyword : stress ; caregivers ; End of life

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่มีอาการของโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดและกลายเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต เมื่อระยะของโรคลุกลามเข้าสู่ระยะสุดท้าย รักษาไม่หาย ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุติธรรม เช่น ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด กระวนกระวาย ซึมเศร้า หายใจลำบาก ท้องผูกและอาการไม่สุขสบายอื่น ๆ ทำให้ต้องเข้าออกโรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ ตลอดจนช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อประคับประคองอาการที่ไม่สามารถบอกระยะเวลาการเสียชีวิตได้¹ ในทางเศรษฐศาสตร์พบว่าค่าใช้จ่ายของบุคคลในช่วงหกเดือนสุดท้ายของชีวิตมีมูลค่าสูงมากกว่าช่วงใด ๆ ของชีวิต คิดเป็นร้อยละ 8-11 ต่อปีของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และเป็น ร้อยละ 10-29 ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน จากการศึกษาพบว่า ในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาใน สถานพยาบาลจะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 80,780

บาทสำหรับปีสุดท้ายของชีวิต และวันนอนเฉลี่ย 29.2 วันต่อคน นอกจากนี้ยังพบว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยแบบประคับประคองน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามปกติ และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ตายที่โรงพยาบาลสูงกว่าตายที่อื่น ๆ รวมทั้งตายที่บ้านถึง 2 เท่า² จากข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ³ อัตราป่วยโรคมะเร็งจาก 468.3 ในปี 2548 เป็น 759.8 ต่อแสนประชากรในปี 2555 ในขณะที่โรคมะเร็งเป็น สาเหตุการตายอันดับหนึ่งของไทย และมีแนวโน้มสูงขึ้น 8 เท่า จาก 12.6 ในปี 2510 เป็น 43.8 ในปี 2540 และ 98.5 ต่อแสนประชากร ในปี 2555 โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 25.3 ในปี 2548 เป็น 31.7 ต่อแสนประชากรในปี 2555 ความชุกของประชาชนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.8 ในปี 2547 เป็น 1.6 ในปี 2553 จากแนวโน้มดังกล่าวข้างต้นที่เพิ่มขึ้น สะท้อนถึงความต้องการการบริการการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น

นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แนวปฏิบัติหลักประการหนึ่งของแผนตลอดจนการวางแผนระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยให้โรงพยาบาลมีหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้การรักษาตามอาการเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่เนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันไม่สามารถรองรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้อยู่โรงพยาบาลได้ตลอด เพราะเตียงจำกัด ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องส่งต่อกลับไปดูแลต่อที่บ้าน มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ติดตามเยี่ยมบ้านตามความจำเป็น⁵ เมื่อมีการนำผู้ป่วยไปอยู่ที่บ้าน การดูแลก็เป็นหน้าที่ของผู้ดูแล (Caregiver) ที่เป็นคนในครอบครัวญาติพี่น้อง ลูกหลาน ให้การดูแลแบบประคับประคองต่อที่บ้านจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต⁶ เมื่อรู้ว่าตัวเองกำลังจะตายหรือรู้ว่าคนที่อยู่ใกล้ซิดเรากำลังจะตายเราจะมีวิธีที่จะเตรียมรับมือกับมันอย่างไร เพื่อให้เราตายอย่างมีศักดิ์ศรีปราศจากความทุกข์ทรมานทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ได้รับการดูแลเอาใจใส่ในวาระสุดท้ายอย่างมีคุณภาพ ตามสภาพความเจ็บป่วย ตามสิทธิ ตามความปรารถนาและความต้องการที่สอดคล้องกับความรู้สึกนึกคิดและวิถีชีวิตของตนเอง ขณะเดียวกันญาติผู้ป่วยก็ต้องการให้ผู้ที่เป็นที่รักมีชีวิตอยู่นานที่สุด แม้ในบางกรณีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะไม่ดี บางครั้งในหมู่ญาติเองก็มีความเห็นต่างกัน หรือมีความเห็นต่างกับผู้ป่วยเองทำให้เกิดปัญหาในการรักษา ปัญหาเหล่านี้ล้วนเกิดขึ้นจากการขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายทั้งสิ้น⁷ การสร้างความเข้าใจในกลุ่มครอบครัว การวางแผนการดูแลร่วมกันในครอบครัว อาจทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมั่นใจในการที่จะดูแลกันและกันมากขึ้น

จากสถิติโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแล 128 ราย ซึ่งจะเห็นได้ว่าในจำนวนนี้จะต้องมีผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายถึง 128 ราย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา เปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลัง การประชุมกลุ่มครอบครัว เน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบครัว และผู้ดูแล โดยอยู่บนเป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลระยะสุดท้าย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) แบบกลุ่มเดียววัด ก่อนหลัง (One group pre - Post test) เพื่อการเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งก่อนและหลังการประชุมกลุ่มครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายรับการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลสุพรรณภูมิโดยการสุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์คัดเข้า และคัดออก จำนวน 30 คน ที่ได้รับการทำกลุ่มครอบครัวบำบัดในช่วงที่ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 5 มกราคม- 28 มีนาคม 2561 โดยมีคุณลักษณะตามเกณฑ์ดังนี้

- 1) เป็นผู้ดูแล หรือ ญาติที่มีอำนาจในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 2) ผู้ป่วยและญาติสมัครใจเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองขึ้นทะเบียนที่ รพ.สุพรรณภูมิ
- 3) เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือแผนการประชุมกลุ่มครอบครัว (Family meeting) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. ใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความเครียดโดยเอกสารสร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 1ชุด แบ่งออกเป็นสองส่วน
 - 1) ข้อมูลทั่วไปประกอบไปด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ
 - 2) แบบสอบถามเพื่อประเมินความเครียด ประกอบ

ด้วยคำถามแสดงถึงความรู้สึกกังวล จำนวน 20 ข้อ เป็นความรู้สึกทางบวก 5 ข้อ ได้แก่ 9 10 11 12 และ 20 และเป็นความรู้สึกทางลบ 15 ข้อที่เหลือ แบ่งระดับความรู้สึกเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด
- 2 หมายถึง เครียดเล็กน้อย
- 3 หมายถึง เครียดปานกลาง
- 4 หมายถึง เครียดมาก และ
- 5 หมายถึง เครียดมากที่สุด

โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค ที่ 0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชี้แจงรายละเอียดโครงการให้ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน
2. สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และ ประเมินความเครียดรายบุคคล ก่อนทำกลุ่มครอบครัว
3. ทำกิจกรรมประชุมกลุ่มครอบครัว ระหว่างพยาบาล ผู้ดูแล ญาติคนอื่นๆ รวมถึง ผู้ป่วย

4. ประเมินความเครียดผู้ดูแลซ้ำ 3 – 7 วันหลังจากทำกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ HE 15/60 กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (70.0%) อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป (60.0%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (33.3%) และประกอบอาชีพเกษตรกร (50.0%) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	9(30.0)
หญิง	21(70.0)
อายุ (ปี)	
≤20	1(3.3)
21 – 30	3(10.0)
31 – 40	8(26.7)
41 – 50	9(30.0)
> 50	9(30.0)
$\bar{x} = 43.23$ S.D. = 11.59	
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	8(26.7)
มัธยมศึกษา	10(33.3)
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	5(16.7)
ปริญญาตรี	7(23.3)
อาชีพ	
เกษตรกร	15(50.0)
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	5(16.8)
พนักงานบริษัทเอกชน	4(13.3)
รับจ้าง	3(10.0)
ธุรกิจส่วนตัว	1(3.3)
แม่บ้าน	1(3.3)
นักเรียน/นักศึกษา	1(3.3)

2. ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการสำรวจความเครียดก่อนการประชุมกลุ่มครอบครัวพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับเครียดปานกลาง ($\bar{x} = 45.0$, SD.=12.78) หลังการประชุมกลุ่มครอบครัว อยู่ในระดับเครียดเล็กน้อย ($\bar{x} = 29.83$, SD.=8.76) โดยก่อนทำประชุมกลุ่มครอบครัว ผู้ดูแลมีความเครียดเรื่อง

การคิดมาก เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ($\bar{x} = 3.00$, SD.= 1.48) มากที่สุด รองลงมาคือ การนอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ ($\bar{x} = 2.87$, SD.= 1.22) และ ความรู้สึกกังวลใจ ($\bar{x} = 2.53$, SD.= 0.97) ตามลำดับ ส่วนหลังการทำประชุมกลุ่มครอบครัว ผู้ดูแลยังมีความเครียดเกี่ยวกับ การนอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ ($\bar{x} = 1.77$, SD.= 0.67)

มากที่สุด รองลงมาคือ การคิดมาก เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ($\bar{x} = 1.73$, $SD = 0.86$) ความรู้สึกเปลี่ยวหรือเหงาไม่อยากทำอะไร ($\bar{x} = 1.73$, $SD = 0.82$) และ ความรู้สึกมีอาการ

ปวดหลังหรือไหล่หรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย ($\bar{x} = 1.60$, $SD = 0.72$) ตามลำดับ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความเครียดก่อนและหลังได้รับข้อมูล (n=30)

ความเครียด	ก่อน		หลัง	
	$\bar{x}$	(SD.)	$\bar{x}$	(SD.)
1. การนอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ	2.87	(1.22)	1.77	(0.67)
2. ความรู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ ที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่นอนรักษาในรพ.	2.27	(0.82)	1.37	(0.55)
3. การทำอะไรไม่ได้เลย เพราะประสาทตึงเครียด	2.27	(1.04)	1.53	(0.62)
4. ความรู้สึกท้อแท้	2.53	(0.97)	1.50	(0.68)
5. ความรู้สึกไม่อยากพบปะผู้คน	1.70	(0.95)	1.23	(0.50)
6. มีอาการปวดศีรษะข้างเดียวหรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง	1.83	(0.95)	1.50	(0.73)
7. ความรู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	2.23	(1.30)	1.53	(0.68)
8. ความรู้สึกหมดหวังในชีวิต	2.00	(1.17)	1.27	(0.52)
9. ความรู้สึกว่าชีวิตตนเองมีคุณค่า	2.30	(1.20)	1.33	(0.84)
10. ความรู้สึกสบายใจ จิตใจสงบ	2.40	(1.13)	1.53	(0.73)
11. การได้รับความสะดวก สบายใจ ในการติดต่อกับโรงพยาบาล	2.27	(1.23)	1.53	(0.93)
12. ความรู้สึกมั่นใจ พอใจ เกี่ยวกับการดูแลรักษา	2.23	(1.22)	1.43	(0.81)
13. ความรู้สึกตื่นเต้น หรือมีอาการตกใจง่าย	2.20	(1.03)	1.43	(0.56)
14. ความรู้สึกมีพลัง หรือเวียนศีรษะ	2.00	(0.87)	1.50	(0.57)
15. ความรู้สึกมีอาการปวดหลังหรือไหล่หรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย	2.43	(1.07)	1.60	(0.72)
16. ความรู้สึกมีอาการหัวใจเต้นแรง	1.83	(0.79)	1.33	(0.54)
17. ความรู้สึกเปลี่ยวหรือเหงาไม่อยากทำอะไร	2.33	(0.99)	1.73	(0.82)
18. การคิดมาก เกี่ยวกับการเจ็บป่วย	3.00	(1.48)	1.73	(0.86)
19. มีความรู้สึกทางเพศลดลง	1.87	(1.16)	1.50	(0.77)
20. การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ดูแลจากบุคคลในครอบครัว	2.43	(1.45)	1.47	(1.02)
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	45.0	(12.78)	29.83	(8.76)

หลังการพัฒนา กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนพัฒนา ($p < .001$) โดย

มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลงเท่ากับ 15.17 คะแนน (95% CI : 12.15, 18.17) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียดก่อนและหลังการการประชุมกลุ่มครอบครัว (n=30)

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย (SD.)	mean diff (SE.)	95% CI		p
			Lower	Upper	
ก่อนการประชุมกลุ่มครอบครัว	45.00 (12.78)	15.17 (1.47)	12.15	18.17	<.001*
หลังการประชุมกลุ่มครอบครัว	29.83 (8.76)				

วิจารณ์

หลังการการประชุมกลุ่มครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลสุพรรณภูมิมีความเครียดลดลงน้อยกว่าก่อนการได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ทั้งนี้อธิบายได้ว่าข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้ให้ญาติมีเนื้อหาข้อมูลที่ต้องเหมาะสมตรงกับความ เป็นจริง ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นโดยการศึกษา การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากเอกสารตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์ผู้ดูแลนำมาจัดทำเป็นข้อมูลการให้ความรู้ต่อญาติ จากการศึกษาในครั้งนี้สนับสนุนทฤษฎีความเครียดของลาซารัส⁸ โดย ให้ความหมายของความเครียด ไว้ว่า เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อ สวัสดิภาพของตนเอง และจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของบุคคลนั้นและต้องผ่านกระบวนการความรู้สึกนึกคิด และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภกาญจน์ โอภาส และคณะ⁹ ได้ทำการศึกษาความเครียดของผู้ป่วยระยะหลังโพรงจมูกที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดพบว่าปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับสูงเนื่องจากมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดอย่างน้อย 3 เดือน แต่ไม่เกิน 1 ปี ซึ่งในระยะเวลาช่วงนี้เป็นช่วงที่กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบจากการรักษามาก อาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างและส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของแสงรุ่ง สุขจิระทวี¹⁰ ได้ศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียดปัจจัยส่วนบุคคล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่พบว่า ผู้ป่วยมีความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง แต่แตกต่างจากการศึกษาของสุภาพร จงประกอบกิจ¹¹ ที่พบว่า ระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับต่ำซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งต่างชนิดกันวิธีการรักษา และผลจากการรักษาอาจแตกต่างกัน ย่อมมีการประเมินสถานการณ์ความเครียดที่ไม่เหมือนกันส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดในระดับที่ต่างกันรวมทั้งโรคมะเร็งเป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษาในโรงพยาบาลนาน มีลักษณะการดำเนินโรคและวิธีการรักษาที่ไม่สามารถยืนยันผลสำเร็จได้เต็มที่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตและก่อให้เกิดความเครียดได้สูง และถ้าผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาไม่มีประสิทธิภาพก็จะทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน และก่อให้เกิดความเครียดได้จากผลการศึกษาวិธีการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้น เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ค่าคะแนนจริงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้านร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{10,11,12} และสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัส และ โพล์คแมน⁵

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังได้รับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยมีความเครียดลดลงน้อยกว่าก่อนได้รับข้อมูลผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรให้มีการจัดตั้งหน่วยการให้บริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบสมบูรณ์ให้บริการทุกวันไม่มีวันหยุด

มีบริการ นอกเวลาตลอด 24 ชั่วโมง, มีพยาบาลประจำที่คอยให้บริการและให้คำปรึกษาช่วยเหลือญาติและผู้ป่วยเมื่อมาติดต่อ เพื่อความรวดเร็วทันเวลา

2. พยาบาลควรให้การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผ่านการประเมินความเครียดแล้วพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงเมื่อได้ดูแลผู้ป่วยในระยะหนึ่งด้วยการจัดกิจกรรมให้ญาติผู้ดูแลได้พบพูดคุยกับญาติรายอื่นๆ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น แลกเปลี่ยนการดูแลและวิธีผ่อนคลายความเครียด ติดตามการดูแลแม้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตไปแล้ว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุวรณภูมิ ดร.สมหมาย คชนาม บุคลากรโรงพยาบาลสุวรณภูมิที่เกี่ยวข้องทุกท่าน และผู้ดูแลคนไข้ระยะท้ายที่เข้าร่วมกิจกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การดูแลรักษา แบบประคับประคอง. นนทบุรี : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
2. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. วัฒนธรรมความตาย กับวาระสุดท้ายของชีวิต คู่มือเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. นนทบุรี : สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; 2550.
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. รายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ; 2555.
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2554 -2558. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ; 2556.
5. ธนเดช สันธุเสก. การดูแลแบบประคับประคอง. ใน ลักษมี ชาญเวช, บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์ ; 2548. หน้า 27-34.
6. อุมารณ ไพศาลสุทธิเดช. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน. ใน ภคกร ช่วยคุณูปการ, บรรณาธิการ. รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ; 2549. หน้า 113-120.
7. สุมาลี นิมนานันต์. ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย,อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ฉันทชัย สิทธิพันธ์. บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life care : Improving care of the dying. กรุงเทพฯ : อักษรสัมพันธ์ ; 2550. หน้า 24-32.
8. Lazarus, R. S. & Folkman, S. Stress, Appraisal, and Coping. Newyork. Springer; 1984.
9. ศุภกาญจน์ โอภาสรัตนกร, มุกดา เตชประพนธ์, บัณฑิต ล่ำแดงฤทธิ์. ความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด. วารสารพยาบาลรามธิบดี 2558 ; 21(2) ; 158-171.
10. แสงรุ่ง สุขจิระทวี .ความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2551.
11. สุภาพร จงประกอบกิจ. ความเครียดการเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2551.
12. จันทกานต์ ช่างวัฒนชัย. ความเครียดและการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีผลการตรวจหา มะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2552.

การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

Self-Care of Patients with Chronic Kidney Disease who Receive Renal Replacement Therapy with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis At. Suwannaphum Hospital

สะอาด คำสวัสดิ์ *

Saard kumsawat

Corresponding author : E-mail : Clean_minton@hotmail.com

(Received: June 29, 2020 ; Revised : July 20, 2020 ; Accepted : July 30, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มารักษาที่โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก จำนวน 70 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสัมภาษณ์ที่ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้อง การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มีความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของคروบาค มีค่าเท่ากับ 0.65 และ 0.67 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้อง อยู่ในระดับปานกลาง (69.0%) การสนับสนุนทางสังคม (58.0%) และการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี (59.0%) ตามลำดับ

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากข้อค้นพบของการศึกษานี้ ควรมีการพัฒนาแบบการสอน สื่อ การให้คำปรึกษาสร้างเครือข่ายกลุ่มมิตรภาพบำบัด เพื่อพัฒนาศักยภาพประสิทธิภาพในการดูแลตนเอง รวมถึงการประสานงานทีมสหวิชาชีพ ส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม ให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เพื่อเป็นแรงขับเคลื่อน ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้องดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : การดูแลตนเอง ; ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ; การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

ABSTRACT

Purpose : to study self-care and compare self-care classified by various factors of peritoneal dialysis patients.

Design : descriptive research.

Materials and Methods : The 70 samples by specific selection from abdominal dialysis patients who received follow-up treatment at Suwannaphum Hospital. Research tools Questionnaires Consisting of 4 parts: general information, knowledge of peritoneal dialysis, social support questionnaires and self-care of peritoneal dialysis patients which passed content validation from experts and reliability test by Cronbach's alpha was 0.65 and 0.67. Data were collected by interviewing the sample group between 1 April 2019 - 15 June 2019. Analyzed using descriptive statistics such as percentage, average, standard deviation.

Main findings : The results showed that patients on peritoneal dialysis had the knowledge score of peritoneal dialysis at a moderate level (69%), social support (58%) and self care were good (59%) respectively.

Conclusion and recommendations : There should be development of teaching styles, media, counseling, networking for friendship therapy group. To develop the potential, efficiency, self-care Including coordination of multidisciplinary teams Promoting social support To participate in self-care To be the driving force Helping patients to act correctly, live happily and have a good quality of life.

Keyword : Self-care ; Chronic kidney disease ; Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

บทนำ

ปัญหาไตวายเรื้อรังจัดได้ว่าเป็นปัญหาสำคัญระดับต้น ๆ ของประเทศ นอกจากจะก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมหาศาลแก่ประชาชนและประเทศชาติแล้ว ปัญหายังมีแนวโน้มจะทวีความรุนแรงขึ้นในอนาคตดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) มีปริมาณเพิ่มมากขึ้นทุก ๆ ปี จากข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พ.ศ.2554 คาดประมาณจำนวนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในประชากรไทยผู้ใหญ่ทั่วประเทศมีสูงถึง 7 ล้านคน ซึ่งการบำบัดทดแทนไตในปัจจุบันทำได้ 3 วิธี คือการปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation: KT) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis : PD) รัฐบาลได้ผ่านคณะรัฐมนตรีให้ขยายบริการล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่องแก่

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งรายเก่าและรายใหม่ โดยผู้ป่วยไม่ต้องร่วมจ่าย¹ ทางเลือกที่ดีของการล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง คือ เป็นวิธีที่ทำได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลไม่แตกต่างจากการฟอกเลือด รวมถึงค่าใช้จ่ายรวมที่ต่ำกว่าการรักษาด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หลังเริ่มนโยบายพบว่าอุบัติการณ์ของการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 14.8 ต่อปี โดยอุบัติการณ์ของการล้างไตทางช่องท้องเพิ่มขึ้นมากถึงร้อยละ 10.73 และอุบัติการณ์ต่อปีของผู้ป่วยใหม่ของการล้างไตทางช่องท้องเพิ่มขึ้นมากถึงร้อยละ 15.78 ขณะที่อุบัติการณ์ผู้ป่วยใหม่ของการฟอกเลือดเพิ่มเพียงร้อยละ 8.12

เนื่องจากการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องเน้นให้ผู้ป่วยรับผิดชอบดูแลตนเอง หากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องก็จะเกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนตามมา โดยเฉพาะการติดเชื้อจนเกิดการอักเสบของเยื่อช่องท้อง

(Peritonitis) โรงพยาบาลสุพรรณภูมิเปิดให้บริการผู้ป่วยลำไส้โตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง ตั้งแต่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 จนถึงปัจจุบัน พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยที่ยังคงทำ CAPD อยู่ในโครงการ 67 ราย จากสถิติ 3 ปี ย้อนหลังปี 2557- 2559 พบว่าอุบัติการณ์การเกิด peritonitis เท่ากับ 1 episode / 35.3, 1 episode / 31.9 และ 1 episode/ 20.7 patient month ตามลำดับ³ ซึ่งยังเป็นปัญหาสำคัญทำให้ผู้ป่วยพบกับความเจ็บปวดทุกข์ทรมานต้องเสียเวลาในการทำงานหรือประกอบอาชีพ อีกทั้งต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น 2-3 เท่า การติดเชื้อรุนแรงในช่องท้องเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้สูญเสียหน้าที่ของผนังช่องท้อง (Peritoneal membrane) ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้การล้างไตทางช่องท้องล้มเหลวและต้องเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไตเป็นวิธีอื่น

บทบาทของพยาบาล⁴ การสอนเป็นวิธีการที่สำคัญมากในการพัฒนาความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลให้มีความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผลสำเร็จของการรักษา การวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันตั้งแต่แรกถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือส่งต่อการรักษาในสถานพยาบาลใกล้เคียง รวมถึงการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่เพื่อทราบถึงการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านว่าสอดคล้องกับแผนการรักษาอย่างไร และนำข้อมูลไปใช้ในการกำหนดแนวทางในการให้ความรู้ คำแนะนำ และพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองให้เหมาะสม สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยว่า มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์และอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งผลจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยลำไส้โตทางช่องท้องที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ จำนวน 60 คน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาการดูแลตนเองและเปรียบเทียบการดูแลตนเองจำแนกตามปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคลำไส้โตทางช่องท้องที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยลำไส้โตทางช่องท้อง ซึ่งมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยลำไส้โตทางช่องท้อง ซึ่งมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลสุพรรณภูมิมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก คือเป็นผู้ป่วยลำไส้โตทางช่องท้องที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร และไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช สามารถ อ่าน เขียน ภาษาไทยได้เข้าใจ ยินดีเข้าร่วมในงานวิจัย จำนวน 70 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสารแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 1 ชุด แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วย 2) แบบสอบถามความรู้เรื่องการล้างไตทางช่องท้อง 3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และ 4) แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยลำไส้โตทางช่องท้อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผ่านการความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยคำนวณจากสูตรของ Alpha of Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งชุด เท่ากับ 0.65 การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างระหว่างวันที่ 1 เมษายน - 15 มิถุนายน 2562

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ HE45/61

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และสถิติอนุมาน (Inferential statistic) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวแปรอิสระ คือ เพศ โดยใช้ค่าสถิติ t-test และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวแปรอิสระ คือ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยโรคร่วม อภิปรายผลโดยใช้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาอภิปราย ถึงความรู้ที่ได้จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง เป็นเพศชายและหญิงจำนวนเท่ากัน (50.0%) อายุมากกว่า 60 ปี (44.0%) สถานภาพสมรส (53.0%) การศึกษาระดับประถมศึกษา (64.0%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (65.0%) รายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน (39.0%) ระยะเวลาที่ป่วยต่ำกว่า 5 ปี (50.0%) และส่วนใหญ่มีภาวะโรคร่วม (68.0%) ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (67.0%) เบาหวาน (30.0%) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป (n=70)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	ชาย	50(50.0)
	หญิง	50(50.0)
อายุ(ปี)	≤ 40	4(5.7)
	40-49	6(8.6)
	50-59	16(22.9)
	≥ 60	44(62.9)
	Mean=60.23 SD.=11.133	
สถานภาพ	โสด	4(5.7)
	สมรส	53(75.3)
	หม้าย หย่า แยก	13(18.6)
การศึกษา	ไม่ได้เรียน	1(1.4)
	ประถมศึกษา	64(91.4)
	มัธยมศึกษา	5(7.1)
อาชีพ	เกษตรกร	65(92.9)
	รับจ้าง	4(5.7)
	ค้าขาย	1(1.4)
รายได้/เดือน	≤1,000	39(55.7)
	>1,000	31(44.3)

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป (n=70)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน(ร้อยละ)
Mean=1361.43 SD. = 846.012		
ระยะเวลา	< 5	50(71.4)
ที่ป่วย (ปี)	> 5	20(28.6)
Mean = 3.64 SD. = 2.13		
โรคร่วม	ไม่มี	2(2.9)
	มี	68(97.1)
	- เบาหวาน	30(42.9)
	- ความดันโลหิตสูง	67(95.7)
	- น้ัว	4(5.7)
	- เก๊าท์	13(18.6)
	- อื่น ๆ	2(2.9)

2. ความรู้เกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้อง พบว่า ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมีความรู้เกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้องที่ถูกต้อง 6 ลำดับแรก คือ ความรู้เรื่องโรคไตระยะสุดท้าย หลักการในการล้างไตทางช่องท้อง,ช่วงเวลาในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต อาการแทรกซ้อนที่สำคัญที่สุดในการล้างไตคือ การติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง, อาการและอาการแสดงที่บ่งบอกว่ามีการอักเสบของเยื่อช่องท้อง และเข้าใจว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องสายตา มือสั่นไม่ควรเปลี่ยนถ่ายน้ำยาเอง (100%) รองลงมา คือ รู้และเข้าใจสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะไตเสื่อมได้ การเลือกสถานที่เปลี่ยนน้ำยา การเลือกความเข้มข้นของน้ำยาที่ใช้ (98.6%) ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมีความรู้และตอบผิดมาก 2 ลำดับแรก คือ ภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ (92.9%) และญาติไม่ควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง (4.3%) เมื่อพิจารณาคะแนนความรู้ พบว่าผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมีความรู้เรื่องการล้างไตทางช่องท้อง อยู่ในระดับปานกลาง (69.0%) และระดับดี (1.0%) ตามลำดับ

3. การสนับสนุนทางสังคม พบว่า บุคคลใกล้ชิดในครอบครัวที่ได้รับการฝึกอบรมมีส่วนช่วยเหลือในการเปลี่ยน

ถ่ายน้ำยา และมักแนะนำสิ่งดี ๆ เกี่ยวกับการดูแลตนเองมาก (97.1%) รองลงมา คือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับทราบข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ครอบครัวและญาติคอยช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหาอื่นๆ และมักแนะนำสิ่งดี ๆ ที่เป็นประโยชน์ให้ (94.3%) เพื่อนบ้านและบุคคลในชุมชนเดียวกัน ยินดีให้ความช่วยเหลือในทุกด้านโดยเฉพาะการเจ็บป่วย ไม่แสดงท่าทีรังเกียจ ระดับปานกลาง (61.1%) และผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำในการดูแลตนเองจากสื่อ หนังสือ วิทยุ โทรทัศน์ น้อยร้อยละ (21.4%) เมื่อพิจารณาคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง มีการสนับสนุนทางสังคม เรื่องการล้างไตทางช่องท้อง อยู่ในระดับดี (58.0%) ระดับปานกลาง (12.0%)

4. การดูแลตนเองของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง พบว่า ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง 2 ลำดับแรก คือ ผู้ป่วยทำแผลโดยเช็ดจากด้านในสุดขีดสายวนไปทิศทางเดียวกันเป็นวงกลมออกมาด้านนอก ผู้ป่วยไปฉีดยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงตามคำสั่งแพทย์ ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และมาตรวจตามนัด

อย่างเคร่งครัด(100%) รองลงมา คือ ผู้ป่วยสวมผ้าปิดปากปิดจมูก ก่อนการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง ก่อนทำแผล ทานประเมินการอักเสบ ติดเชื้อของแผลทางออกของสาย ทานทำแผลทันทีเมื่อพบว่าแผลทางออกของสายเปื้อก และ ทานรับประทานยาตรงตามเวลา (98.6%) ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมีการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง 2 ลำดับแรกคือ ใช้สาลีแอลกอฮอล์เช็ดบริเวณปลายสายท่อน้ำล้างไตหลังการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตทางช่องท้องร้อยละ (55.7%) รองลงมา คือ ใช้แอลกอฮอล์เช็ดทำความสะอาดแผลทางออกของสายร้อยละ (35.7%) เมื่อพิจารณาคะแนนการดูแลตนเอง พบว่าผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี (59.0%) และระดับปานกลาง (11.0%)

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้อง อยู่ในระดับปานกลาง (69.0%) ทั้งนี้ เนื่องมาจากการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง ต้องได้รับการจัดการองค์ความรู้ และสามารถฝึกปฏิบัติการล้างไตทางหน้าท้องจนปฏิบัติได้ถูกต้องเหมาะสม จึงสามารถจำหน่ายกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้และการปฏิบัติการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี⁵ ในทำนองเดียวกับงานวิจัยของ สุพิชา อาจคิดการ, ลินจง โปธิปาล, ดวงฤดี ลาสุขะ⁶ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระดับสูง

การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี (58.0%) สอดคล้องกับงานวิจัยของวัชร รัตนวงศ์ และทิพาพร จ้อยเจริญ⁵ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และคู่สมรสเป็นส่วนใหญ่ และงานวิจัยของสุพิชา อาจคิดการ, ลินจง โปธิปาล, ดวงฤดี ลาสุขะ⁶ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมใน

ระดับสูง ซึ่งตามแนวทางในการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จะต้องได้รับความยินยอม จากญาติหรือผู้ดูแลก่อนทุกครั้งที่จะเข้ารับการรักษาแบบล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และญาติหรือต้องเข้ารับการฝึกดูแลจนสามารถฝึกปฏิบัติการล้างไตทางหน้าท้องได้ถูกต้องเหมาะสม จึงสามารถจำหน่ายกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้

การดูแลตนเองอยู่ในระดับดี (59.0%) ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง วันละ 4 – 5 ครั้ง เมื่อต้องทำบ่อยๆจะเกิดทักษะทำให้สามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุราสินี วีระเดชะ⁷ ที่ศึกษาการจัดการตนเองในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีมาก และในทำนองเดียวกับงานวิจัยของ ศัทธียา อุดติ และ ณัฐนิช จันทจิราภิวัฒน์⁸ ซึ่งพบว่า ระยะเวลาในการในการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง มีความสัมพันธ์ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาโดยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. โรคไตวายเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หาย และต้องดูแลกันไปตลอดชีวิตทำให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้า ท้อแท้ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการจัดกิจกรรมในกลุ่มผู้ป่วยเอง สร้างเครือข่ายมิตรภาพบำบัด เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเอง อันจะนำไปสู่การดำรงชีวิตอย่างมีความสุข ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป
2. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยปฏิบัติตัวและขั้นตอนการดูแลแผลทางออกของสายผู้ป่วยยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง พยาบาลควรมีการพัฒนาาระบบและรูปแบบการสอนเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. การล้างไตทางช่องท้องต้องเป็นการรักษาที่ผู้ป่วยสามารถทำเองได้แต่ก็เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแลด้วย ในการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ฉะนั้นควรส่งเสริมและสนับสนุนผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรม หมู่บ้านหรือ

หน่วยงานภาครัฐต่างๆ รวมถึงการประสานงานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การบริหารระบบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร : ธนาเพรส ; 2558.
2. เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์.ข้อมูลการรักษาทดแทนไตด้วย CAPD ในประเทศไทย.Textbook of Peritoneal dialysis. กรุงเทพฯ : เท็กซ์แอนด์เนเจอร์นัลพับลิเคชั่น ; 2551.
- 3.โรงพยาบาลสุวธรรมภูมิ. สรุปผลงานประจำปี 2560. เอกสารอัดสำเนา
4. นุชจริย หอมมาน. การสอนผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง. ใน : ชลธิป พงศ์สกุล,ทวี ศิริวงศ์, บรรณาธิการ. Update on CAPD 2007.ขอนแก่น : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
5. วชิร รัตนวงศ์, ทิพาพร จ้อยเจริญ. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี 2560.
6. สุพิชา อาจคิดการ, ลิงจง โปธิपाल, ดวงฤดี ลาสุขะ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และปัจจัยการทำงานในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. พยาบาลสาร 2556 ; 40 (ฉบับพิเศษ) : 22-32.
7. สุรัสวดี วีระเดชะ. การจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2554.
8. ศัทธยา อุดติ, ณัฐนิช จันทจิรโกวิท. ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง. สงขลานครินทร์เวชสาร 2550 ; 25(3) : 171-77.

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุววรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด Development of Caring for Acute Ischemic Myocardial Infarction Patients in Suwannaphum Hospital Roi-Et

เยาวลักษณ์ คำวิชัย*

Yaowalak Kamwichai

Corresponding author: E-mail: lukphumpheem@gmail.com.

(Received: June 29, 2020 ; Revised : July 20, 2020 ; Accepted : July 30, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลสุววรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

วัตถุประสงค์และวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสุววรรณภูมิ จำนวน 132 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบเก็บข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไปและผลการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล โปรแกรม Hosxp แล้วบันทึกข้อมูลในแบบเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 - 30 กันยายน 2561 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติเชิงอนุมานได้แก่ Independent t-test

ผลการวิจัย : ผลลัพธ์การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ปี พ.ศ.2561 Door to Refer ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบผลการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ปี พ.ศ.2560 กับปี พ.ศ.2561 Door to EKG, Door to Needle, Onset to Needle ไม่แตกต่างกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ : ควรให้แพทย์และพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคหัวใจจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรค STEMI และการให้ยา Streptokinase ในกลุ่มเจ้าหน้าที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและตึกผู้ป่วยใน ปีละ 1 ครั้งเพื่อให้มีความรู้ในการคัดกรองและมีความมั่นใจในการให้ยา Streptokinase เพิ่มมากขึ้น พยาบาลเจ้าของคลินิกโรคเรื้อรังและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรัง HT, IHD และ DM เกี่ยวกับโรค AMI และระบบ EMS เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงอาการฉุกเฉินที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล

คำสำคัญ : ผลการพัฒนา ; การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุววรรณภูมิ

ABSTRACT

Purpose : To study the development of guideline for acute myocardial infarction in Suwannaphum Hospital Roi-Et

Design : research and development

Materials and Methods : The sample group consisted of 132 patients with acute myocardial infarction that was visited emergency room of Suwannaphum Hospital. The research instrument have 2 parts : general information and results of practical caring for patients with acute myocardial infarction, which has been verified directly by specialist. The data were collected from the electronic database of the HosXp program. Data were collected from October 1, 2016 to September 30, 2018. Data were analyzed by descriptive statistics used percentage, mean and standard deviation and inferential statistics used Independent t-test.

Main findings : The results of the development of guideline care for acute myocardial infarction patients in 2018 door to refer period were significantly reduced. Door to EKG door to needle, Onset to needle was not significantly different in patients with acute myocardial infarction. Comparison of the results of care for patients with acute ischemic heart disease in 2017 and 2018, Door to EKG, Door to Needle, Onset to Needle were not different.

Conclusion and recommendations : physicians and nurses to training on STEMI and the used of Streptokinase in emergency nurse and inpatient nurse once a year, to have screening knowledge and confidence in using Streptokinase. Chronic disease nurse and community health care nurse should be educated about AMI disease and EMS system. And in HT, IHD, DM patients and relative should be educated about symptoms of acute myocardial infarction as well.

Keyword : Developmental effect ; STEMI patient care

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทยและของโลกจากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2553 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นจำนวนถึง 7.2 ล้านคนหรือคิดเป็น 12.2 % ของสาเหตุการตายทั้งหมด สำหรับอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมองในไทยประมาณปีละ 37,000 ราย ในระหว่างปี พ.ศ.2548-2552 คนไทยป่วยเป็นโรคหัวใจต้องนอนโรงพยาบาลวันละ 1,185 รายต่อวัน โดยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดประมาณ 470 รายต่อวัน เสียชีวิตชั่วโมงละ 2 คน¹ การเสียชีวิตเฉียบพลันจากโรค

หัวใจหรือ Sudden cardiac death (SCD) คือการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากเกิดอาการของโรคหัวใจ เช่น อาการแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น ผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวนประมาณร้อยละ 48 – 63 หรือประมาณครึ่งหนึ่งจะเสียชีวิตแบบเฉียบพลัน

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีอัตราตายเฉียบพลันสูงกว่าคนอื่นประมาณ 4-6 เท่า โดยรัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มากถึงร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั้งหมดนี้เป็นชนิด STEMI (ST segment elevation myocardial infarction) คิดเป็นร้อยละ 40.9 และเสียชีวิตในโรงพยาบาลถึงร้อยละ

15.9 นอกจากนี้แล้วผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีโอกาเสียชีวิตในเดือนแรกร้อยละ 30 – 50 ซึ่งการเสียชีวิตเหล่านี้ประมาณครึ่งหนึ่งจะเกิดใน 2 ชั่วโมงแรก¹

โรงพยาบาลสุวรณภูมิ เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ระดับ M2 ขนาด 120 เตียง จากสถิติข้อมูลผู้ป่วย ACS ที่มารับบริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในปี พ.ศ.2559 – 2561 มีจำนวน 83, 65 และ 87 ราย โดยเป็นผู้ป่วย STEMI จำนวน 32, 26 และ 37 ราย ตามลำดับ สามารถให้ยา SK ได้ตั้งแต่เดือนมกราคม 2558 จากข้อมูลปี พ.ศ.2559 – 2561 ผู้ป่วย STEMI ที่ไม่มีข้อห้ามในการให้ยา ได้รับยา SK จำนวน 5, 4 และ 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.63, 15.36 และ 29.72 ตามลำดับ ข้อมูล Door to Needle < 30 นาที ร้อยละ 0.00, 25.00 และ 18.18 ตามลำดับ Onset to Needle < 3 ชั่วโมง ร้อยละ 60.00, 50.00 และ 63.64 ตามลำดับ Door to EKG < 10 นาที ร้อยละ 90.36, 90.77 และ 88.89 ตามลำดับ โดยปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยมาด้วย Atypical chest pain ทำให้ Delay EKG, EKG ไม่ชัด ต้องทำซ้ำ Door to Needle ใน 30 นาที ยังล่าช้า เนื่องจากปัญหากระบวนการในการ Consult case และยังมีผู้ป่วยเสียชีวิตใน ER ซึ่งเป้าหมายสำคัญของการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีแรก เพราะหากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงนานกว่า 30 นาที ถึง 6 ชั่วโมง จะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงหรือกล้ามเนื้อตายอย่างถาวรได้ ซึ่งในการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทีมให้การดูแลรักษาจะต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายอย่างมีคุณภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตสูง มีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจตายมากที่สุด และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุวรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ออกแบบเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั้งหมด โดยแบ่งออกเป็นผู้ป่วย STEMI, NSTEMI และ Unstable angina ทุกราย ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2561 ทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล โปรแกรม HosXp แล้วบันทึกข้อมูลลงในแบบเก็บข้อมูลและนำแบบเก็บข้อมูลมาวิเคราะห์ทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมครั้งนี้ใช้แบบเก็บข้อมูลที่สร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสารแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 1 ชุดแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถามปลายปิด 5 ข้อ และคำถามปลายเปิดจำนวน 2 ข้อ และผลการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่มีมารับบริการ ที่มีคุณสมบัติตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด
2. บันทึกข้อมูลการมารับบริการของกลุ่มตัวอย่างทั้งข้อมูลทั่วไป และข้อมูลทางคลินิกในโปรแกรม Hos Xp
3. เก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล โปรแกรม HosXp แล้วบันทึกข้อมูลลงในแบบเก็บข้อมูล แล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผล

4. จัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันปี พ.ศ.2561 ให้แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสุวรณภูมิจำนวน 86 คนและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายอำเภอสุวรณภูมิ จำนวน 17 คน อบรม 1 วัน เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มนี้ จัดให้มีพยาบาลคัดกรองหน้าตึกผู้ป่วยนอกเพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกสงสัย ACS เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและ

ถูกเงิน ได้จัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันการดูแลผู้ป่วยเจ็บหน้าอกสงสัย ACS มีการทบทวน CPG 3 ครั้งเพื่อให้เหมาะสมกับบริบท และได้จัดทำแนวทางปฏิบัติในการให้ยา SK

5. เก็บรวบรวมข้อมูลปี 2561 ตามข้อ 1) – 3) นำข้อมูลมาวิเคราะห์ เปรียบเทียบ รายงานผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) ได้แก่ Independent t - test อภิปรายผลโดยการใช้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาอภิปราย ถึงความรู้ที่ได้จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลสุวธรรมภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ HE 32/59

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ปีงบประมาณ 2560 ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (62.3%) อายุมากกว่า 61 ปี (28.30%) อาชีพเกษตรกรกรรม (66.00%) การศึกษาระดับประถมศึกษา (66.00%) มีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาท/เดือน (49.10%) เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI (62.30%) มีโรคประจำตัว (60.40%) ที่พบบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (34.00%) ปี งบประมาณ 2561 ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย (55.70%) มีอายุมากกว่า 61 ปี (31,60%) อาชีพเกษตรกรกรรม (70.90%) การศึกษาระดับประถมศึกษา (74.70%) รายได้ส่วนใหญ่ 1,001-5,000 บาท / เดือน (39.2%) เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI (54.4%) มีโรคประจำตัว (70.90%) ที่พบบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (40.50%) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n=132)

ข้อมูลทั่วไป	ปี พ.ศ.2560 จำนวน (ร้อยละ)	ปี พ.ศ.2561 จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	33(62.3)	44(55.7)
หญิง	20(37.7)	35(44.3)
อายุ (ปี)		
≤ 40	1(1.9)	1(1.3)
41 – 50	3(5.7)	5(6.4)
51 - 60	9(17.0)	23(29.1)
61 – 70	15(28.3)	25(31.6)
71 - 80	11(20.7)	14(17.7)
≥ 45	14(26.4)	11(13.9)

Mean = 68.91 SD. = 12.99

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n=132)

ข้อมูลทั่วไป	ปี พ.ศ.2560 จำนวน (ร้อยละ)	ปี พ.ศ.2561 จำนวน (ร้อยละ)
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	35(66.0)	56(70.9)
รับจ้าง	8(15.2)	8(10.1)
ค้าขาย	4(7.5)	12(15.2)
รับราชการ	4(7.5)	2(2.5)
ไม่ได้ทำงาน	2(3.8)	1(1.3)
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	9(17.0)	8(10.1)
ประถมศึกษา	35(66.0)	59(74.7)
มัธยมศึกษา/ปวช.	5(9.4)	9(11.4)
อนุปริญญา/ปวส.	3(5.7)	0(0)
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	1(1.9)	3(3.8)
รายได้ (บาท/เดือน)		
≤ 1,000	26(49.1)	25(31.6)
1,001 – 5,000	15(28.2)	31(39.2)
5,001 – 10,000	2(3.8)	10(12.7)
10,001 – 15,000	2(3.8)	5(6.3)
≥ 15,000	8(15.1)	8(10.2)
การวินิจฉัยโรค		
Unstable angina	1(1.9)	2(2.5)
NSTEMI	33(62.3)	43(54.4)
STEMI	19(35.8)	34(43.0)
โรคประจำตัว		
ไม่มี	21(39.6)	23(29.1)
มี	32(60.4)	56(70.9)

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n=132)

ข้อมูลทั่วไป	ปี พ.ศ.2560	ปี พ.ศ.2561
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
DM (Diabetes Mellitus)	8(15.1)	23(29.1)
HT (Hypertension)	18(34.0)	32(40.5)
IHD (Ischemic heart disease)	10(18.9)	21(26.6)
CKD (Chronic Kidney Disease)	0(0.0)	6(7.6)
Gout	4(7.5)	0(0.0)
HD (Heart disease)	2(3.8)	0(0.0)
Old CVA (cerebrovascular accident)	2(3.8)	1(1.3)
Thyroid	1(1.9)	0(0.0)
CHF (Congestive Heart Failure)	1(1.9)	0(0.0)
ไขมันในเลือดสูง	1(1.9)	1(1.3)
ESRD (End Stage Renal Disease)	0(0.0)	2(2.5)
โรคที่เกี่ยวข้องกับหัวใจ	0(0.0)	1(2.5)
โรคลมชัก	0(0.0)	1(1.3)
โรครูมาตอยด์	0(0.0)	1(1.3)

2. ผลการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

หลังการพัฒนาพบว่า ผลการดำเนินงาน Door to EKG ปี พ.ศ. 2561 มีเวลาเฉลี่ย ไม่แตกต่างจาก ปี พ.ศ. 2560 ($p = .504$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบ Door to EKG ระหว่าง ปี พ.ศ. 2560 กับ ปี พ.ศ. 2561 (n=132)

Door to EKG	Mean (SD.)	Mean diff (SE.)	95% CI		p
			Lower	Upper	
ปี พ.ศ. 2560	10.55 (17.39)	1.87 (2.78)	-3.64	7.37	.504
ปี พ.ศ. 2561	8.68 (14.35)				

หลังการพัฒนาพบว่า ผลการดำเนินงาน Door to Needle ปี พ.ศ. 2561 มีเวลาเฉลี่ย ไม่แตกต่างจาก ปี พ.ศ. 2560 ($p = .678$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบ Door to Needle ระหว่างปี พ.ศ. 2560 กับปี พ.ศ. 2561

Door to Needle	Mean (SD.)	Mean diff (SE.)	95% CI		p
			Lower	Upper	
ปี พ.ศ. 2560	45.8 (19.40)	4.0 (9.06)	-19.75	27.75	.678
ปี พ.ศ. 2561	41.8 (8.02)				

หลังการพัฒนาพบว่า ผลการดำเนินงาน Onset to Needle ปี พ.ศ. 2561 มีเวลาเฉลี่ย ไม่แตกต่างจาก ปี พ.ศ. 2560 ($p = .952$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบ Onset to Needle ระหว่างปี พ.ศ. 2560 กับปี พ.ศ. 2561

Onset to Needle	Mean (SD.)	Mean diff (SE.)	95% CI		p
			Lower	Upper	
ปี พ.ศ. 2560	179.8 (85.57)	2.60 (52.42)	-101.51,	106.71	.952
ปี พ.ศ. 2561	177.2 (44.77)				

หลังการพัฒนาพบว่า ผลการดำเนินงาน Door to Refer ปี พ.ศ. 2561 มีเวลาเฉลี่ย น้อยกว่า ปี พ.ศ. 2560 ($p = .048$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบ Door to Refer ระหว่างปี พ.ศ. 2560 กับปี พ.ศ. 2561

Door to Refer	Mean (SD.)	Mean diff (SE.)	95% CI		p
			Lower	Upper	
ปี พ.ศ.2560	76.30 (38.63)	12.36 (6.19)	0.10	24.62	.048*
ปี พ.ศ.2561	63.94 (32.17)				

วิจารณ์

ผลลัพธ์การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันปี พ.ศ.2561 Door to Refer ลดลงจาก 76.30 นาทีเป็น 63.94 นาที เนื่องจากการพัฒนาโดยการจัดโครงการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันปี พ.ศ. 2561 ให้แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสุพรรณภูมิจำนวน 86 คนและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายอำเภอสุพรรณภูมิ จำนวน 17 คนอบรม 1 วัน เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มนี้ จัดให้มีพยาบาลคัดกรองหน้าตึกผู้ป่วยนอกเพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกสงสัย ACS เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้จัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันการดูแลผู้ป่วยเจ็บหน้าอกสงสัย ACS มีการทบทวน CPG 3 ครั้งเพื่อให้เหมาะสมกับบริบท และได้จัดทำแนวทางปฏิบัติในการให้ยา Streptokinase ในผู้ป่วย STEMI โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการให้ยา Streptokinase ให้แก่เจ้าหน้าที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและตึกผู้ป่วยในจำนวน 30 คนจำนวน 1 วัน เพื่อให้สามารถให้ยา Streptokinase ได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว จัดช่องทางด่วนพิเศษในการดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยเจ็บแน่นหน้าอกสงสัย ACS จัดโซนในการดูแลรักษา มีระบบการ consult case กับอายุรแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการดูแลรักษา และมีการจัดทีม Refer ทีมจริงและทีมเสริมทั้งในและนอกเวลาราชการเพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการตาม Refer และมีการ Tracer ตามรอยเฉพาะโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยทีมแพทย์และพยาบาล เมื่อเดือนมกราคม 2561 เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาและปรับปรุงระบบให้สามารถดูแลรักษาและส่งต่อได้รวดเร็วขึ้น

ผลการศึกษาขึ้น สอดคล้องกับการวิจัย^{3,4} เรื่อง ศึกษาและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบบไร้รอยต่อในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอากาศอานวย จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์การส่งต่อผู้ป่วยรวดเร็วภายใน 30 นาที (Door to refer) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70 เป็นร้อยละ 80 ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตขณะ

ดูแลรักษาและการส่งต่อ สมรรถนะด้านการอ่านและแปลผล EKG ของพยาบาลถูกต้องเพิ่มขึ้นจากเดิมซึ่งอ่านและแปลผล ST depression ได้ถูกต้องร้อยละ 86.5 และอ่านผล ST elevation ได้ถูกต้องร้อยละ 81.5 เป็นอ่านได้ถูกต้องทั้งหมด และพบว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบบไร้รอยต่อทำให้ Door to EKG, Door to MONA และ Door to refer มีประสิทธิภาพมากขึ้น การใช้แบบคัดกรองมีความเหมาะสม การทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย การเพิ่มพูนความรู้และทักษะแก่ผู้ปฏิบัติงานทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะดูแลรักษา และขณะส่งต่อ สอดคล้องกับที่มีการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ได้ทำการศึกษาเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นระบบและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยมีความปลอดภัยยิ่งขึ้น^{5,6,7,8} สรุปผลการพัฒนาพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันลดลง มี Door to needle time อยู่ในช่วง 31-85 นาที Onset to needle time มีแนวโน้มลดลง (30-120 นาที) อัตราการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษายังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าได้มากขึ้นจึงสมควรให้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลให้ครบถ้วน เก็บข้อมูลตัวชี้วัดที่สำคัญแต่ละหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงการดูแลให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้แพทย์และพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคหัวใจจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรค STEMI และการให้ยา Streptokinase ในกลุ่มเจ้าหน้าที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและตึกผู้ป่วยใน ปีละ 1 ครั้งเพื่อให้มีความรู้ในการคัดกรองและมีความมั่นใจในการให้ยา Streptokinase เพิ่มมากขึ้น

2. ควรให้พยาบาลเจ้าของคลินิกโรคเรื้อรังให้สุศึกษาในผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรัง HT IHD DM เกี่ยวกับโรค AMI เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงอาการฉุกเฉินที่ต้องรีบมาโรง

พยาบาลและให้ความรู้เรื่องระบบEMS เพื่อให้ทราบเบอร์โทรเรียกรถฉุกเฉินและทราบช่องทางการมาโรงพยาบาล

3. ควรให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและระบบEMS แก่ อสม. กู้ชีพ ตำบล ผู้นำชุมชนในเขตที่ตนเองรับผิดชอบเพื่อให้มีความรู้ในการดูแลตนเอง ครอบครัวและนำความรู้ไปขยายต่อในชุมชนและจัดให้มีเสียงตามสายให้ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและระบบ EMS แก่ประชาชนทั่วไปเพื่อให้มีความรู้สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรค ถ้าหากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกให้สามารถเรียกรถฉุกเฉินมาโรงพยาบาลได้ทันเวลาที่

4. พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จนถึงโรงพยาบาลชุมชน

5. ทำการศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จ.ร้อยเอ็ด ดร.สมหมาย คชนามและบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. เกรียงไกร เฮงรัศมี, กนกพร แจ่มสมบุญ. มาตรฐานการรักษามะเร็งกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สุขุมวิทการพิมพ์ ; 2556.
2. โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ. สรุปผลงานประจำปี 2561. เอกสารอัดสำเนา ; 2561.
3. เปรมฤดี โคตรสมบัติ. ระบบการดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบบไร้รอยต่อในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร. ใน : ประชุมวิชาการ Cardiac Network Forum ครั้งที่ 3 : Pot Puriเครือข่ายหัวใจสู่ชุมชน; 26-28 มกราคม 2554 ; ณ ห้องประชุมโรงแรมอัมรินทร์ลากูน จังหวัดพิษณุโลก. พิษณุโลก ; 2554.

4. จันทิมา พรชนศวรพงศ์, จันทิมา คำวังนัง, กวินทร์นาฏ บุญชู. ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครนายก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา 2558 ; 23(3) : 97-110.
5. อมรรัตน์ มุขวัลย์, ราณี ขาวดี. ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลชุมชน. ใน : ประชุมวิชาการ Cardiac Network Forum ครั้งที่ 3 : Pot Puriเครือข่ายหัวใจสู่ชุมชน ; 26-28 มกราคม 2554 ; ณ ห้องประชุมโรงแรมอัมรินทร์ลากูน จังหวัดพิษณุโลก. พิษณุโลก; 2554.
6. นียดา ออกนิษฐ์, สุชาดา วิภาวณต์, สุภาณี สิทธิสาร. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI โรงพยาบาลกระเป๋. วารสารกองการพยาบาล 2556; 40(3): 70-84.
7. สุวนิตย์ โพธิ์จันทร์, การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2554 ; 29(1) : 22-30.
8. จรินทร์ ชะชาตย์, เจริญพิศ ปรียาศักดิ์สกุล, สมควร สุขสัมพันธ์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลพระปกเกล้า. วารสารการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2557 ; 24(1) : 136-148.

**การพัฒนาและประเมินผลแนวทางป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการแพทย์
ตึกผู้ป่วยอายุรกรรมและตึกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ**
**Development and Evaluation of Practice Guidelines for Prevention
Drug-Resistant infections of Nursing Personnel in Medical and
Surgery Ward Suwannaphum Hospital**

ปาริชาติ ใจดี* และพิมพ์สุภา ดิตชม**

Parichart Jaidee, Phimsupha tidchom

Corresponding author : E-mail : tukta_ic@hotmail.co.th

(Received : June 29, 2020 ; Revised : July 20, 2020 ; Accepted : July 30, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวทางการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการแพทย์ตึกผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and development study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์ตึกผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมจำนวน 46 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบประเมินความพึงพอใจและ แบบประเมินความคิดเห็นที่มีต่อวิธีการส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ที่มีความเชื่อมั่นทั้งฉบับโดยวิธีอัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.78 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : บุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา โดยรวมอยู่ในระดับมาก (51.44%) ความคิดเห็นต่อวิธีการส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา โดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วย (66.3%) และการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการแพทย์ โดยรวมอยู่ในระดับปฏิบัติ (88.24%)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าแนวทางป้องกันที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้การปฏิบัติการป้องกัน และการติดเชื้อดื้อยาให้ครบถ้วน สามารถกำหนดเป็นนโยบายการพยาบาลให้ชัดเจน รวมทั้ง และการติดตามประเมินผลได้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การป้องกัน ; ดื้อยา ; การติดเชื้อ

* ** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

ABSTRACT

Purpose : To development and evaluation of practice guidelines for prevention of drug-resistant infection of nursing personnel working at the Medical and Surgical Ward, Suwannaphum Hospital

Design : Research and development study

Materials and Methods : A total of 46 nursing personnel working at the Medical and Surgical Ward Suwannaphum Hospital. The research tool was a questionnaire consisting of 4 parts which were 1) General information 2) Nursing personnel satisfaction assessment form for the application of guidelines for the prevention of drug-resistant infections 3) Opinion evaluation form on methods to promote practice in preventing and preventing transmission of resistant strains 4) Compliance with guidelines for the prevention of the spread of drug resistant strains of nursing personnel. Test your confidence by the Cronbach's alpha was 0.78. Data were collected by questionnaires between 1 March 2019 - 31 March 2019. Analyzed using descriptive statistics such as percentage, average and Standard deviation.

Main findings : Found that nursing personnel were highly satisfied with the drug-resistance spread prevention practice (51.44%), commenting about to promote practice of infection prevention and practice guidelines for drug-resistant transmission was agree level (66.3%), and nursing personnel practice by the anti-spread practice guideline was practical level (88.24%).

Conclusion and recommendations : Guidelines for promoting the prevention of all drug-resistant infections should be used as a nursing policy. Develop a model for promotion of action prevention and control of drug resistant infection to be easy to implement and continuously monitor and evaluate the performance

Keywords : Preventing drug ; Resistant ; Infections

บทนำ

การติดเชื้อดื้อยาเป็นปัญหาการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วโลกองค์การอนามัยโลก¹ ได้รายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ โดย 28 ประเทศในทวีปยุโรปพบอุบัติการณ์การติดเชื้อ Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) ใน 9 ประเทศอยู่ระหว่างร้อยละ 25.1-50 ของเชื้อดื้อยาทั้งหมดและพบว่า ทวีปเอเชียมีแนวโน้มการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพเพิ่มสูงขึ้น สำหรับประเทศไทย ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพแห่งชาติ (National Antimicrobial Resistance Surveillance Center, Thailand [NARST]) ได้รายงานการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ ระหว่างปี ค.ศ. 2000-2008 จากโรงพยาบาล 60 แห่ง ในทุกภาค

ของประเทศไทย พบเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ที่ดื้อยา Imipenem ในโรงพยาบาล 28 แห่ง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.4 เป็นร้อยละ 54.9 โดยเฉพาะในหอผู้ป่วย ผู้ป่วย พบเชื้อนี้ดื้อยาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.1 เป็นร้อยละ 81.1 และในหอผู้ป่วยสามัญพบเชื้อนี้ดื้อยา เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1 เป็นร้อยละ 55.41 จากการสำรวจการติดเชื้อ *Acinetobacter* spp. *Acinetobacter* spp. ในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาที่หอผู้ป่วย ผู้ป่วย อายุรกรรมโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในประเทศไทยระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2555 พบเชื้อ *A. baumannii* ที่ดื้อยาหลายขนาน (Multidrug resistance *A. baumannii* [MDR *A. baumannii*]) ในผู้ป่วย 7 ราย ผู้ป่วยเสียชีวิต 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.12 รายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อ

ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ระหว่างปี พ.ศ. 2553 - 2554 พบการติดเชื้อ MDR A. baumannii และ เชื้อ A. baumannii ที่ดื้อยาอย่างกว้างขวาง (Pandrug resistance A. baumannii [PDR A. baumannii]) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.3 เป็นร้อยละ 8.3 และพบการติดเชื้อ MDR Pseudomonas aeruginosa (MDR P. aeruginosa) และ PDR P. aeruginosa เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.4 เป็นร้อยละ 6.5 ของการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ซึ่งพบในหอผู้ป่วยทั่วไปโดยเฉพาะในแผนกอายุรกรรม และพบมากที่สุด ในหอผู้ป่วยวิกฤต³

เช่นเดียวกับรายงานข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อใน โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ในปี พ.ศ. 2559 - 2561 พบจำนวน ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่ส่งตัวกลับจากโรงพยาบาลตติยภูมิมา นอนรักษาต่อที่โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ 8, 4 และ 13 ราย ตามลำดับ ส่วนจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาจากชุมชนมานอน รักษาที่โรงพยาบาลสุพรรณภูมิพบ 3, 13 และ 63 ราย ตามลำดับ⁴

กล่าวได้ว่าการติดเชื้อดื้อยาเป็นปัญหาที่ซับซ้อนยากต่อ การแก้ไข การแพร่กระจายเชื้อเกิดขึ้นได้ในหลายหน่วยงาน ของโรงพยาบาลและเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของ บุคลากร การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาหรือรับการตรวจ วินิจฉัยระหว่างหน่วยงานหรือหอผู้ป่วยอื่น ผู้วิจัยจึงได้นำ แนวคิดการพัฒนาคุณภาพการป้องกันเชื้อดื้อยากรณีศึกษา การป้องกันเชื้อ HIV โดยความร่วมมือของสถาบันพัฒนาการ ดูแลสุขภาพ ประเทศสหรัฐอเมริกา (Center for Disease Control and Prevention: CDC)⁵ มาประยุกต์ใช้ในการ ศึกษาการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานเพื่อให้ บุคลากรทางการพยาบาลสามารถปฏิบัติในการป้องกันการ ติดเชื้อดื้อยาได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวทางการปฏิบัติการ ป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการพยาบาลตึก ผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมโรงพยาบาล สุพรรณภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development study)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคลากรทางการ พยาบาลประจำตึก อายุรกรรมและ ศัลยกรรมโรงพยาบาล สุพรรณภูมิประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพประจำตึกผู้ป่วย อายุรกรรมและศัลยกรรมจำนวน 35 คน พนักงานผู้ช่วย เหลือคนไข้ประจำตึกผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมจำนวน 11 คน รวมทั้งหมด 46 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) แนวทางการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของ บุคลากรทางการพยาบาล และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 1 ชุดแบ่งออก เป็น 4 ส่วนคือ

1. ลักษณะทางประชากร ประกอบด้วยคำถามปลาย ปิด และคำถามปลายเปิด

2. แบบวัดความพึงพอใจของบุคลากรทาง การพยาบาลในหน่วยงานต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการป้องกั นการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ประกอบด้วยคำถามปลายปิด จำนวน 9 ข้อลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมิน ค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ

3. แบบวัดความคิดเห็นที่มีต่อวิธีการส่งเสริม การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อและป้องกันการแพร่ กระจายเชื้อดื้อยาของบุคลากรพยาบาลประกอบด้วยคำถาม ปลายปิดจำนวน 6 ข้อลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัด ประมาณค่า 4 ระดับ

4. แบบวัดแนวปฏิบัติประกอบด้วยคำถามปลายปิด จำนวน 22 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณ ค่า (Rating Scale) 3 ระดับ

การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยได้ นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความ

ครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วเสนอผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา แล้วจึงนำไปใช้ในการวิจัย การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาหาค่าคะแนนและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณจากสูตรของครอนบาช (Cronbach's Alpha) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือถึงหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และหัวหน้าตึกผู้ป่วย ศัลยกรรม และอายุรกรรม เพื่อขออนุญาตนำแนวทางการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการแพทย์ไปใช้ในตึก และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการแพทย์ตึกอายุรกรรมและศัลยกรรม ทุกคน
2. นำแนวทางการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาไปใช้ในหน่วยงานทั้ง 2 เป็นเวลา 1 เดือน
3. เก็บรวบรวมข้อมูลกับบุคลากรทางการแพทย์ในตึกอายุรกรรมและศัลยกรรม ตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาในการรวบรวม 1 สัปดาห์

4. ตรวจสอบแบบสอบถามที่สมบูรณ์ก็นำมาวิเคราะห์ จำนวน 46 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้ สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อภิปรายผลโดยการใช้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาอภิปราย ถึงความรู้ที่ได้จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ HE 18/61

ผลการวิจัย

ลักษณะทางประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (82.6%) อายุต่ำกว่า 30 ปี (56.5) ระยะเวลาการปฏิบัติงาน 1 ถึง 5 ปี (63.0%) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (76.1%) และเป็นพยาบาลวิชาชีพ (76.1%)

ความพึงพอใจ พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาโดยรวมอยู่ในระดับมาก (51.44%) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า แนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้จริงมากที่สุด (65.2%) รองลงมา คือ แนวปฏิบัติทำให้บุคลากรสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้คุณภาพตามมาตรฐาน (63.0%) แต่การใช้แนวปฏิบัติมีความยุ่งยากเป็นภาระ (13.0%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยงานต่อการใช้นวปฏิบัติป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา (n=46)

ข้อคำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. รายละเอียดเนื้อหาของแนวปฏิบัติมีความครอบคลุม	4(8.7)	24(52.2)	14(30.4)	4(8.7)	0(0.0)
2. แนวปฏิบัติมีความชัดเจน	5(10.9)	27(58.7)	12(26.1)	2(4.3)	0(0.0)
3. แนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้จริง	6(13.0)	30(65.2)	8(17.4)	2(4.3)	0(0.0)

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยงานต่อการใช้นโยบาย ปฏิบัติการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

ข้อคำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
4. การใช้นโยบายปฏิบัติมีความยุ่งยากเป็นภาระ	2(4.3)	6(13.0)	22(47.8)	8(17.4)	8(17.4)
5. นโยบายปฏิบัติสามารถป้องกันการติดเชื้อดื้อยาและการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาได้	9(19.6)	22(47.8)	11(23.9)	4(8.7)	0(0.0)
6. นโยบายปฏิบัติช่วยให้บุคลากรตระหนักในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น	12(26.1)	27(58.7)	7(15.2)	0(0.0)	0(0.0)
7. นโยบายปฏิบัติทำให้บุคลากรสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้คุณภาพตามมาตรฐาน	10(21.7)	29(63.0)	7(15.3)	0(0.0)	0(0.0)
8. นโยบายปฏิบัตินี้เพิ่มความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาได้	9(19.6)	28(60.9)	9(19.6)	0(0.0)	0(0.0)
9. ในภาพรวมท่านพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ	6(13.0)	20(43.5)	20(43.5)	0(0.0)	0(0.0)
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	63(15.21)	213(51.44)	82(19.82)	20(4.82)	8(17.4)

ความคิดเห็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีต่อวิธีการส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของบุคลากรพยาบาลที่จะช่วยลดโอกาสการติดเชื้อดื้อยา โดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วย (66.3%) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าการทบทวนความรู้ มีความเห็นด้วยมากที่สุด (76.1%) รองลงมาคือการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ (73.9%) ส่วน การรณรงค์ทำความสะอาดมือ มีความคิดเห็นด้วยอย่างยิ่ง (41.3%) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นที่มีต่อวิธีการส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของบุคลากรพยาบาล

ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ	2(4.3)	0(0.0)	34(73.9)	10(21.7)
2. การทบทวนความรู้	2(4.3)	1(2.2)	35(76.1)	8(17.4)
3. การประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ	2(4.3)	0(0.0)	32(69.6)	12(26.1)
4. การกระตุ้นเตือนโดยใช้โปสเตอร์	2(4.3)	0(0.0)	30(65.2)	14(30.4)
5. การสนับสนุนอุปกรณ์ ส่วนบุคคล และอุปกรณ์การแพทย์	2(4.3)	0(0.0)	27(58.7)	17(37.0)
6. การรณรงค์ทำความสะอาดมือ	2(4.3)	0(0.0)	25(54.3)	19(41.3)
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	12(4.3)	1(2.2)	183(66.3)	80(28.9)

การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของบุคลากรพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับปฏิบัติ(88.24%) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ากรณีห้องแยกเต็มให้จัดไว้มุมใดมุมหนึ่งของหอผู้ป่วยและอยู่ห่างจากผู้ป่วยรายอื่น ทำความสะอาดและทำลายเชื้อบน พื้น เติง โต๊ะ แก้ว ด้วย 0.5% Hypochlorite ทุกวันและหลังจำหน่าย จัดให้มีแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือที่ปลาย เติงผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อมีอยู่ทุกราย และในบริเวณที่ ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างทั่วถึงการรักษา ไม่ควรเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยออกจากห้องแยกหรือหอผู้ป่วยถ้าไม่จำเป็น ถ้ามีความจำเป็นต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ควรแจ้งหน่วยงาน ที่จะไปให้ทราบและเตรียมพร้อมไว้ก่อน ปกปิดรอยโรคที่

มีเชื้อดื้อยาให้มิดชิด เช่น แผล ฯลฯ ขณะเคลื่อนย้าย เมื่อจำหน่ายผู้ป่วย กรณีไม่พบเชื้อแล้วให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไป ถ้ากรณีพบเชื้ออยู่หรือส่งต่อกับ รพ.อื่น ให้แนบเอกสารวิธีปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีอยู่ให้พร้อม กับใบส่งต่อ และโทรประสาน เพื่อสื่อสารให้ปลายทาง ทราบและเตรียมพร้อมรับผู้ป่วย (100.0%) รองลงมา คือ เมื่อหมดเชื้อก่อโรคแล้วสามารถย้ายออกจากห้อง แยกได้ (97.8%) แต่การกำหนดนโยบายการพยาบาล เช่น มอบหมายพยาบาลเจ้าของ Case และมีระบบการเฝ้าระวัง การติดเชื้อมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อมีอยู่ (Chart) ยังไม่มีการปฏิบัติ (100.0%) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นที่มีต่อการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของบุคลากร พยาบาล

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง
1. กำหนดนโยบายการพยาบาล เช่นมอบหมายพยาบาลเจ้าของ Case	0(0.0)	0(0.0)	46(100)
2. มีระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อมีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่องตามเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อมีอยู่ (Chart)	0(0.0)	0(0.0)	46(100)
3. ใช้สัญลักษณ์ Contact precautions ในการสื่อความหมายให้ ข้อมูลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องให้เข้าใจสัญลักษณ์ (Chart)	44(95.7)	0(0.0)	2(4.3)
4. ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติทุกรายเมื่อแรก รับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล	44(95.7)	2(4.3)	0(0.0)
5. ทบทวนความรู้เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีอยู่โดย หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือICWN	44(95.7)	0(0.0)	2(4.3)
6. ทบทวนความรู้ในสิ่งที่ได้ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีอยู่ ยาขณะรับ-ส่งเวรโดยพยาบาลเจ้าของcase	42(91.3)	2(4.3)	2(4.3)
7. แยกผู้ป่วยทันที เมื่อพบว่ามีการติดเชื้อมีอยู่ที่ควบคุมเป็นพิเศษ	44(95.7)	2(4.3)	0(0.0)
8. กรณีห้องแยกเต็มให้จัดไว้มุมใดมุมหนึ่งของหอผู้ป่วย และอยู่ห่างจากผู้ป่วยรายอื่น	46(100)	0(0.0)	0(0.0)
9. แยกเครื่องมือเครื่องใช้ทุกอย่างให้พร้อมสำหรับผู้ป่วยนั้น โดยเฉพาะ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต ป้อนขวดใช้ หูฟัง ซ้อนขาม ถ้วย (หรือใช้แบบใช้ครั้งเดียวทิ้ง)	44(95.7)	0(0.0)	2(4.3)

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนและร้อยละความคิดเห็นที่มีต่อการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของบุคลากรพยาบาล

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง
10. ทำความสะอาดและทำลายเชื้อบน พื้น เติง โต๊ะ เก้าอี้ ด้วย 0.5% Hypochlorite ทุกวันและหลังจำหน่าย	46(100)	0(0.0)	0(0.0)
11. เสื้อผ้า ปลอกหมอน ผ้าห่ม ผ้าปูที่นอน ฯลฯ ให้จัดการเป็นแบบผ้าปนเปื้อน ในถุงพิเศษและซักล้างแบบผ้าปนเปื้อนเชื้อ	44(95.7)	2(4.3)	0(0.0)
12. มูลฝอยทุกอย่างในห้องแยกให้จัดการแบบมูลฝอยติดเชื้อ	44(95.7)	0(0.0)	2(4.3)
13. จัดให้มีแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือที่ปลายเตียงผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อมากที่สุด และในบริเวณที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างทั่วถึงการรักษา	46(100)	0(0.0)	0(0.0)
14. จำกัดจำนวนบุคลากรเข้าห้องแยกเท่าที่จำเป็น	42(91.3)	0(0.0)	4(8.7)
15. สวมถุงมือ เสื้อคลุม ขณะดูแลผู้ป่วยในห้องแยก และถอดก่อนออกจากห้องแยกโดยใส่ในภาชนะที่จัดไว้ แล้วล้างมือแบบ Hygienic hand washing	44(95.7)	0(0.0)	2(4.3)
16. ล้างมือแบบ Hygienic hand washing ทุกครั้ง และต้องปฏิบัติอย่างเข้มงวด	44(95.7)	0(0.0)	2(4.3)
17. ไม่ควรเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องแยกหรือห่อผู้ป่วยถ้าไม่จำเป็น	46(100)	0(0.0)	0(0.0)
18. ถ้ามีความจำเป็นต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ควรแจ้งหน่วยงานที่จะไปให้ทราบและเตรียมพร้อมไว้ก่อน	46(100)	0(0.0)	0(0.0)
19. ปกปิดรอยโรคที่มีเชื้อดื้อยาให้มิดชิด เช่น แผล ฯลฯ ขณะเคลื่อนย้าย	46(100)	0(0.0)	0(0.0)
20. หลังเคลื่อนย้ายผู้ป่วยควรทำความสะอาดเครื่องมือเครื่องใช้ เพลที่สัมผัสผู้ป่วยอย่างเหมาะสม	46(100)	0(0.0)	0(0.0)
21. เมื่อหมดเชื้อก่อโรคแล้วสามารถย้ายออกจากห้องแยกได้	45(97.8)	0(0.0)	1(2.2)

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนและร้อยละความคิดเห็นที่มีต่อการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของบุคลากรพยาบาล

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง
22. เมื่อจำหน่ายผู้ป่วย กรณีไม่พบเชื้อแล้วให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไป ถ้ากรณีพบเชื้ออยู่หรือส่งต่อกับรพ.อื่น ให้แนบเอกสารวิธีปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ให้พร้อมกับใบส่งต่อและโทรประสาน เพื่อสื่อสารให้ปลายทางทราบและเตรียมพร้อมรับผู้ป่วย	46(100)	0(0.0)	0(0.0)
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	893(88.24)	8(0.79)	111(10.9)

วิจารณ์

ผลการการใช้รูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรพยาบาลพบว่ามีความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาล ต่อการใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาบุคลากรทางการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับ มาก (51.44%) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาการส่งเสริมการปฏิบัติของบุคลากรในโรงพยาบาลทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และในประเทศไทย^{6,7,8} ที่พบว่า การส่งเสริมการปฏิบัติโดยใช้หลายวิธีจะมีส่วนช่วยให้บุคลากรพยาบาลมีการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น ดังการส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ MRSA^{6,7}

ความคิดเห็นที่มีต่อวิธีการส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของบุคลากรพยาบาลที่จะช่วยลดโอกาสการติดเชื้อดื้อยาโดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วย (66.3%) ในเรื่องที่มีการเห็นด้วยอย่างยิ่งคือ การรณรงค์ทำความสะอาดมือ (41.3%) สอดคล้องกับการศึกษาของ โครเมอร์และ คณะ⁹ พบว่าเมื่อใช้วิธีการส่งเสริมต่าง ๆ ร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่พยาบาลในการ ล้างมือเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ MRSA พบว่า พยาบาลล้างมือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80.6 เป็นร้อยละ 95.1 สอดคล้องกับการศึกษาของชุดิมาอ่อนสะอาด⁷ พบว่าการให้ข้อมูลย้อนกลับทันทีที่พบการปฏิบัติ ที่ไม่ถูกต้องจะทำให้บุคลากรพยาบาลไม่ลืมพฤติกรรมที่ ผ่านมาที่อาจจะเป็นสาเหตุของการแพร่

กระจายเชื้อได้ และการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นตัวกระตุ้นให้บุคลากร พยาบาลปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติให้ถูกต้องเพิ่มขึ้น

การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของบุคลากรพยาบาล พบว่า บุคลากรทางการพยาบาล ร้อยละ 100 ปฏิบัติกรณีห้องแยกเต็มให้จัดไว้มุมใดมุมหนึ่งของหอผู้ป่วยและอยู่ห่างจากผู้ป่วยรายอื่น พื้น เติง โต๊ะ เก้าอี้ ฯลฯ ควรทำความสะอาดและทำลายเชื้อด้วย 0.5% Hypochlorite ทุกวันและหลังจำหน่าย จัดให้มิแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือที่ปลายเตียงผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อดื้อยาทุกราย และในบริเวณที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างทั่วถึงการรักษา ไม่ควรเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องแยกหรือหอผู้ป่วย ถ้าไม่จำเป็น ถ้ามีความจำเป็นต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ควรแจ้งหน่วยงานที่จะไปให้ทราบและเตรียมพร้อมไว้ก่อน ปกปิดรอยโรคที่มีเชื้อดื้อยาให้มิดชิด เช่น แผล ฯลฯ ขณะเคลื่อนย้าย หลังเคลื่อนย้ายผู้ป่วยควรทำความสะอาดเครื่องมือ เครื่องใช้ เปด ที่สัมผัส ผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและบุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติตามเกณฑ์การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องแยก สอดคล้องกับผลการศึกษาในโรงพยาบาลในประเทศไทย พบว่าการใช้หลายวิธีประกอบกันในการส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโดยการอบรมให้ความรู้ และแจกคู่มือการประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ การติดโปสเตอร์การ

สนับสนุนการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและอุปกรณ์การทำความสะอาดมือทำให้บุคลากรพยาบาลให้ความร่วมมือในการปฏิบัติเพิ่มขึ้น^{6,7,8}

การกระตุ้นเตือนโดยใช้โปสเตอร์ได้แก่ โปสเตอร์กระตุ้นเตือนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา และที่แสดงวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องตามแนว ปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาเป็นกิจกรรมที่ควร กระทำร่วมกัน เนื่องจากโปสเตอร์เป็นสื่อที่ช่วยให้ บุคลากรสามารถเข้าใจเนื้อหาได้ ในเวลาอันรวดเร็ว ดัง เช่น การติดโปสเตอร์หน้าห้องแยก ทำให้ บุคลากรปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น⁹

การศึกษาค้นคว้านี้แสดงให้เห็นว่า แนวทางปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา ของบุคลากร พยาบาล แผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมในโรงพยาบาลสุวธรรมภูมิ สามารถนำมาให้บุคลากรพยาบาลไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานควรดำเนินการใช้รูปแบบในการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาให้ครบถ้วน กำหนดเป็นนโยบายการพยาบาลให้ชัดเจน
2. ผู้รับผิดชอบควรมีการพัฒนา รูปแบบแนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาให้ง่ายต่อการปฏิบัติ และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Evidence of hand hygiene to reduce transmission and infections by multidrug resistant organisms in health-care setting. Available from: URL: http://www.who.int/MDRO_literature-review (13/09/ 2015).
2. วีรพงศ์ วัฒนาวนิช และพรณทิพย์ ฉายากุล. การติดเชื้ออะซิโนแบคเตอร์ในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหออภิบาล. วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร 2556, 31(2), 91-100

3. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ. รายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อจุลชีพดื้อยาในโรงพยาบาล. 2554.
4. Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, et al; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. MMWR Recomm Rep. 2006 ; 55 (RR-14) : 1-1716988643.
5. ฐานข้อมูลงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลสุวธรรมภูมิ ประจำปี 2561. 2561.
6. ขวัญตา กล้าการนา. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติของพยาบาล ต่อการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อสแตฟิโลค็อกคัสออเรียส ที่ดื้อต่อยาเมทิซิลลิน ในหอผู้ป่วยหนัก. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ . เชียงใหม่. 2550.
7. ชูติมา อ่อนสะอาด. ผลของโปรแกรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อสแตฟิโลค็อกคัสออเรียสที่ดื้อต่อ ยามิซิซิลินต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด. พยาบาลเวชสาร 2554, 39 (2), 51-65.
8. ประภาพร ขำสา. ผลของการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลัก ฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันการติดเชื้อต่อความรู้ และการปฏิบัติของพยาบาลในการแยกผู้ป่วยตามวิถี ทางการแพร่กระจายเชื้อในสถาบันบำราศนราดูร [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2552.
9. Cromer, A. L., S. C. Latham, et al. Monitoring and feedback of hand hygiene compliance and the impact on facility-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus. American Journal of Infection Control 2008, 36(9), 672-77.

**ผลการจัดทำเพื่อลดความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ
หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ**
**Result of Posture to Relieve Pain in Appendectomy
Patients In Surgical Ward Suwannaphum Hospital**

ศิรินทร์ พัฒนวิบูลย์* กาญจนา บุญชาย**

Sirin pattanawiboon, Kanchana boonchai

Corresponding author : E-mail : Sirinpoo1969@gmail.com

(Received : June 29, 2020 ; Revised : July 20, 2020 ; Accepted : July 30, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบความปวดก่อนและหลังการจัดท่าในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ตึกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จากผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด ตั้งแต่ มกราคม – เมษายน 2562 จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ paired t- test

ผลการวิจัย : พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (70.0%) อายุตั้งแต่ 26-55 ปี (50.0%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. (46.7%) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (36.7%) และไม่มีโรคประจำตัว (93.3%) หลังการพัฒนา ผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบมีคะแนนเฉลี่ยของความปวดลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความปวดลดลงเท่ากับ 1.47 คะแนน (95% CI ; 0.91 – 2.01)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ มีอาการปวดแผลผ่าตัด ดังนั้นบทบาทของพยาบาลที่สำคัญคือการดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย โดยการจัดท่านอนหงายศีรษะสูง กึ่งนอน กึ่งนั่งสามารถลดอาการปวดแผลหลังการผ่าตัดได้ดี

คำสำคัญ : จัดท่า ; ลดความปวด ; ผ่าตัดไส้ติ่ง

* ** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

ABSTRACT

Purpose : To compare the pain before and after posture in appendectomy patients.

Research design : Quasi-experimental research

Materials and Methods : The sample consisted of patients for appendectomy at Suwannaphum hospital Roi Et province, sampled according to the inclusion and exclusion criteria of 30 patients during January - April 2019. Data were collected by questionnaires 2 parts : general information and pain score before-after posture placement post appendectomy, which has been examined by a specialist for content validity and analyzed by percentage, mean, standard deviation and inferential statistics are paired t- test.

Main findings : The results of the study showed most of the appendectomy patients were female (70%), aged 26-55 years (50%). High school / vocational education. (46.7%), employed in general employment (36.7%) and without a disease (93.3%). After the intervention Appendectomy patients had lower mean scores of pain compared to before ($p < 0.001$) with a mean pain reduction score of 1.47 (95% CI; 0.91 - 2.01).

Conclusion and recommendations : Nursing with semi-fowler posture for post appendectomy patients can reduce pain after surgery well.

Keywords : Posture ; relieve pain ; appendectomy

บทนำ

ความปวดเป็นความรู้สึกที่ผู้ประสบแสดงออกหรือบอก ว่าปวด และจะยังคงมีอยู่จริงตราบที่เขายืนยันว่ามีอยู่¹ การประเมินความปวดจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย จึงเชื่อถือ ได้ดีที่สุด ความปวดส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน และถ้าเป็นมาก ๆ จะมีผลกระทบต่อรีฟลักซ์ต่าง ๆ ของร่างกาย อาจทำให้เกิดการขยายหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral vasodilation) เกิดอาการหน้ามืด เป็นลม หรือช็อค จนกระทั่งเกิดภาวะการไหลเวียนล้มเหลว (Cardiac collapse) และเสียชีวิตได้ ความปวดมีผลกระทบ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษามาด้วย อาการปวดที่เฉียบพลันซึ่งเป็นความปวดที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีระยะเวลานานติดต่อกันไม่เกิน 6 เดือนในขณะที่ปวดจะมี อาการรุนแรงตั้งแต่ระดับน้อยถึงมาก มักมีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บ เช่นปวดจากการผ่าตัด (Post-Operative pain) ปวดจากการได้รับอุบัติเหตุ (Post - Traumatic pain) เช่นความปวดจากไฟไหม้ น้ำร้อนลวก (Burn pain)²

หากไม่ได้รับการจัดการความปวดเฉียบพลันที่มี ประสิทธิภาพย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ตลอดจนคุณภาพการพยาบาล และ องค์กร

ระดับความรุนแรงของความปวดหลัง ผ่าตัดจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยที่ เกี่ยวข้อง ทั้งด้านปัจจัยส่วนบุคคลเช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษาความรู้เรื่องความปวด ทักษะคิดต่อ ความปวด ประสบการณ์ความปวดในอดีต พฤติกรรมการเผชิญความเครียดความกลัว ความวิตกกังวล³ การคาดหมายล่วงหน้าเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดโดยสิ่งที่ผู้ป่วยใช้กำหนดทิศทางว่า ความปวดหลังผ่าตัดจะเป็นอย่างไรคือ การตั้งเป้าหมายระดับความปวด ซึ่งหมายถึง การกำหนดอย่างเจาะจงว่า ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด จะมีความปวดในระดับใดและปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น ตำแหน่งที่ทำผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัดและ ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการประเมินความปวดทั้งเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ควบคู่กัน⁴ เชิงกระบวนการได้แก่วิธีการจัดการความปวดที่ผู้ป่วยโดยวิธีการจัด จัดท่า ต่อความปวดก่อน-หลัง ในผู้ป่วย

ผ่าตัด ใส่ดัดอีกเสบ การประเมินความรุนแรงของความปวด ควรประเมินทั้งความปวด ปัจจุบัน ความปวดที่มากที่สุดและความปวดที่น้อย ที่สุดในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาเพื่อหาข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ให้ครอบคลุมกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย⁵

การจัดการความปวด หลังผ่าตัดใส่ดัดอีกเสบของหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ผู้จัดทำวิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความปวดของการจัด จัดท่า ต่อความปวดก่อน-หลัง ในผู้ป่วยผ่าตัด ใส่ดัดอีกเสบ โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ใส่ดัดอีกเสบให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และเพื่อพัฒนาคุณภาพ การดูแลให้ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความปวดจากการจัดท่า ผู้ป่วยผ่าตัด ใส่ดัดอีกเสบ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) แบบ One group pre-post test design

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็น ผู้ป่วยโรคใส่ดัดอีกเสบ ที่เข้ารับการผ่าตัดใส่ดัดที่ตึกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ในระหว่างมกราคม – เมษายน 2562 สุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ คัดเข้าและคัดออกจำนวน 30 ราย ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยโรคใส่ดัดอีกเสบ ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดที่โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ
2. เป็นผู้มีการรับรู้ สติสัมปชัญญะดี สื่อสารเข้าใจ และตอบแบบสอบถามได้
3. มีความยินดีและสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไตวายระยะท้าย
2. มีภาวะแทรกซ้อนอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น มีโรคอื่น ได้แก่ มีภาวะใส่ดัดแตก ตกเลือด ข้อศอกหลังผ่าตัด หรือ การติดเชื้อหลังผ่าตัด

3. มีสติไม่สมประกอบ ไม่สามารถบอกความรู้สึกเจ็บปวดได้

4. ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แนวทางในการจัดทำผู้ป่วยเพื่อลดอาการปวด และ มาตรวัดความปวด (Pain scale) แบบตัวเลข⁶ (Numerical rating scale : NRS) เป็นการประเมินความปวดโดยผู้ป่วยให้คะแนนความปวดด้วยตนเอง โดยคะแนน 0 คือไม่ปวด และ 10 คือ ปวดมากที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยศึกษาทฤษฎีและผลงานที่เกี่ยวข้อง 1 ชุดแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว 2) การสอบถามคะแนนความปวดก่อน-หลัง การจัดทำหลังผ่าตัดใส่ดัดอีกเสบ ตรวจสอบความตรง (validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา (Content validity)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำแบบสอบถามและอธิบายให้พยาบาลในตึกศัลยกรรมรับทราบขอความร่วมมือให้ช่วยเหลือในการเก็บแบบสอบถามใช้เวลา 4 เดือน เมื่อเก็บแบบสอบถามตรวจสอบแบบสอบถามที่สมบูรณ์ก็นำมาวิเคราะห์ จำนวน 30 ฉบับ

วิธีการรวบรวมข้อมูลในงานวิจัย มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. จัดทำแบบสอบถามการวิจัย เรื่องการเปรียบเทียบความปวดก่อนและหลังการจัดท่าในผู้ป่วยผ่าตัด ใส่ดัดอีกเสบ
2. ดำเนินการแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มที่ตึกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุพรรณภูมิโดยอธิบายระดับความปวดให้ผู้ป่วยฟังและสอบถามอาการปวด

ผลก่อนพร้อมกับบันทึกข้อมูล จากนั้นจัดทำ ให้ศีรษะสูง 30-45 องศา อีก 30 นาที – 1 ชั่วโมง จากนั้นกลับมาประเมิน อาการปวดแผลซ้ำหลังจากจัดทำพร้อมบันทึกข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ Paired t- test อภิปรายผลโดยใช้ผลการวิเคราะห์ข้อมูล มาอภิปราย ถึงความรู้ที่ได้จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสุวรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ HE 2/61

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ แบ่งเป็นเพศชาย (30%) และ เพศหญิง (70%) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 26-55 ปี (50%) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. (46.7%) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (36.7%) และไม่มีโรคประจำตัว (93.3%) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดก่อนและหลังการจัดทำในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ (n=30)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	ชาย	9(30.0)
	หญิง	21(70.0)
อายุ(ปี)	10-25	13(43.33)
	26-55	15(50.0)
	56-75	2(6.67)
ระดับการศึกษา	ไม่ได้ศึกษา	1(3.3)
	ประถมศึกษา	10(33.3)
	มัธยมศึกษา/ปวช.	14(46.7)
	ปริญญาตรี	5(16.7)
อาชีพ	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2(6.7)
	เกษตรกร	5(16.7)
	รับจ้างทั่วไป	11(36.7)
	ไม่ได้ทำงาน	2(6.7)
	อื่นๆ	10 (33.3)
โรคประจำตัว	ไม่มี	28(93.3)
	มี	2(6.7)

2. การเปรียบเทียบความปวดก่อนและหลัง การจัดทำในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความปวดเฉลี่ยก่อนการจัดทำ 4.53% และหลังการจัดทำ 3.06% เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ย

ความปวดหลังจัดทำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีระดับความปวดเฉลี่ย ลดลงจากเดิม 1.74 คะแนน (95% CI : 0.9, 2.01) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดก่อนและหลังการจัดทำในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ (n=30)

ระดับความปวด	คะแนนเฉลี่ย (SD)	Mean diff (SE)	95% CI		p
			Lower	Upper	
ก่อนการจัดทำ	4.53 (1.40)	1.47(0.27)	0.91	2.01	<.001
หลังการจัดทำ	3.06 (1.17)				

วิจารณ์

หลังการจัดทำในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ กลุ่มตัวอย่างที่ติดัลยกรรม โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังจัดทำ ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยความปวดก่อนจัดทำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับแนวคิดที่กล่าวไว้ว่า ความปวด เป็นประสบการณ์ความรู้สึก การรับรู้ของบุคคลที่เกิดจากการที่เนื้อเยื่อได้รับอันตราย หรือ จิตใจได้รับการคุกคาม ซึ่งบุคคลที่กำลังประสบกับความปวดเท่านั้นที่จะบอกได้ว่ามีความรู้สึกอย่างไร และ ความรู้สึกนั้นจะยังคงอยู่ตลอดเวลาตราบเท่าที่บุคคลนั้นยังบอกว่ามีอยู่¹ ความปวดเป็นประสบการณ์ ความรู้สึกส่วนบุคคลที่บุคคลนั้นบอกและความรู้สึกเหล่านั้นยังคงอยู่ตราบเท่าที่เขาหรือเธอบอกว่ามี สรุปได้ว่า ความปวดเป็นประสบการณ์ ความรู้สึกส่วนบุคคลที่ทุกข์ทรมาน และ ไม่พึงปรารถนาให้เกิดขึ้น เกิดจากการได้รับการกระตุ้นให้ เกิดความรู้สึกปวด หรือ มีภาวะที่มีการทำลายเนื้อเยื่อของร่างกาย และ ร่างกายจะมีปฏิกิริยาโต้ตอบ เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น ซึ่งความปวดนี้บุคคลที่กำลังประสบอยู่กับความเจ็บปวดเท่านั้นที่จะบอกเล่าถึงความรุนแรง และ แสดงออกถึงความปวดได้¹ เช่นเดียวกับแนวคิดที่กล่าวไว้ว่า กลไกการเกิดความรู้สึกปวดประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความปวด (Noxious stimulus) ตัวรับสัมผัสความปวด (Pain receptors หรือ Nociceptors)

และ วิธีประสาทนำความรู้สึกปวด (Pain impulse pathways) ซึ่งกลไกการเกิดความรู้สึกปวดเป็นการเปลี่ยนแปลงพลังงานที่มากระตุ้นเมื่อเกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่อให้เป็นสัญญาณประสาทความปวดเริ่มจากระบบประสาทส่วนปลายจนเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางที่ทำหน้าที่แปลผลและรับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้น^{7,8} ในทำนองเดียวกับแนวคิดที่กล่าวไว้ว่า การจัดทำผู้ป่วย โดยการจัดทำทางให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ให้สุขสบายลดอาการปวดหลังการผ่าตัด โดยจัดเป็นท่า Semi-Fowler's จัดท่า ศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อลดอาการปวดหลังการผ่าตัด การจัดทำที่ถูกต้อง จะช่วยลดการยืดขยายของกล้ามเนื้อที่มากเกินไป และขจัดแรงกดและความตึงของบริเวณที่เจ็บปวดจึงเป็นการลดสิ่งกระตุ้นที่จะไปเพิ่มความปวดหลังผ่าตัดให้ร่างกายยิ่งขึ้น⁹

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก ความปวดเป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยแสดงออกมาจากคำบอก การประเมินความปวดจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ต้องมีการใช้เครื่องมือในการวัดความปวดที่ใช้อย่าง และเที่ยงตรง บางครั้งการสื่อความหมายจากการใช้เครื่องมือระหว่างผู้ป่วย และพยาบาลอาจมีความคลาดเคลื่อนได้ การฝึกทักษะการใช้เครื่องมือประเมิน และเทคนิคการจัดทำตามหลักทฤษฎีจึงเป็นสิ่งสำคัญซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พยาบาลได้รับการฝึกปฏิบัติจนเกิดความชำนาญ และเป็นแนวทางปฏิบัติเดียวกันทั้งหมด

ข้อเสนอแนะ

1. การวัดระดับความปวด ควรเพิ่ม Facial scale ไว้ใช้ในผู้ป่วยที่ยังไม่เข้าใจในความหมายของ Numeric scale ทำเป็นรูปภาพใบหน้าให้ผู้ป่วยได้ชี้รูปภาพ
2. การจัดทำให้ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดในวันแรกผู้ป่วยยังรู้สึกมีอาการปวดแผลมากจึงไม่อยากจะขยับร่างกายทำให้การที่จะเข้าไปจัดทำไม่ได้ผล ควรพัฒนาเพิ่มเติมการสอนสุขศึกษาให้ผู้ป่วยทราบถึงข้อดีข้อเสียของการจัดทำ และการกระตุ้น Ambulation ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้เร็วที่สุด

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นและมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดการกับอาการปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การใช้ความร้อนหรือเย็น การใช้แนวทางแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์ทางเลือก หรืออื่นๆที่มีความหลากหลาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ดร.สมหมาย คชนาม และบุคลากรโรงพยาบาลสุพรรณภูมิที่เกี่ยวข้องทุกท่าน รวมถึงผู้ป่วยและญาติที่มีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. พัชรียา ไชยลังกา. ตำราการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ 1 (อายุรศาสตร์). ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา : เอส ซี วี บิสซิเนสส์ ; 2543.
2. พงศ์ภารดี เจาพะเกษตริน. ชุดตำราพื้นฐานความปวด เล่มที่ 1 : Pain : ความปวด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ทิมส์ ประเทศไทย; 2547.
3. บุปผา โคตะนิวงษ์. การพัฒนาเครื่องมือประเมินความปวดแบบเฉียบพลัน สำหรับพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น :มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2549.
4. ลดา ไชยแก้ว. ผลของโปรแกรมการสอนต่อความสามารถของพยาบาลในการจัดการกับความปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด [วิทยานิพนธ์]. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ; 2547.
5. วชิราพร สุนทรสวัสดิ์. พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการความปวดตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัด. [วิทยานิพนธ์]. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ; 2545.
6. Melzack, R., & Katz, J. Pain measurement in persons in pain. In P. D. Wall, & R. Melzack (Eds.), Textbook of pain . London : Harcourt Publisher. 1999 : 409-26.
7. บำเพ็ญจิต แสงชาติ และคณะ. รายงานการวิจัยทางเลือกในการบริหารจัดการกับความปวดในผู้ป่วยที่มีความปวด : ผลของการสร้างจินตภาพ. ภาควิชาพื้นฐานการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. โครงการสนับสนุนจากทุนอุดหนุนการวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2545.

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองร่วมกับมีภาวะเลือดออก เหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing of Traumatic Brain Injury Patients with Epidural Hemorrhage : Case studies

นิตยาภรณ์ สีหาบัว*

Nittayaporn Srihabua

Corresponding author : E-mail : Punyangnoi@gmail.com

(Received: June 29, 2020 ; Revised : July 20, 2020 ; Accepted : July 30, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค เปรียบเทียบและวางแผนปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์และวิธีการวิจัย : ศึกษาผู้ป่วยวิกฤต บาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก จำนวน 2 ราย แบบเจาะจง ในปี พ.ศ. 2563 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและสังเกตการณ์ปฏิบัติ การวิเคราะห์เนื้อหาโดยใช้กรอบแนวคิดตามการประเมิน 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ผลการศึกษา : พบว่า 1) ผู้ป่วยทั้งสองราย ขณะขับขี้จึกรยานยนต์ไม่สวมหมวกนิรภัย ต้มสุรา ผู้ป่วยรายที่หนึ่งมีโรคประจำตัว Liver cirrhosis child C มีภาวะช็อค มีเลือดออกง่าย และหัวใจเต้นผิดจังหวะ มีภาวะเลือดเป็นกรด โพแทสเซียมในเลือดต่ำ ไตทำงานผิดปกติปัสสาวะออกน้อย ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดดังกล่าวส่งผลให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงมากขึ้นผู้ป่วยไม่พร้อมผ่าตัดฉุกเฉินส่งผลให้ผู้ป่วยรายนี้เสียชีวิต ส่วนผู้ป่วยรายที่สองได้รับการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกภายใน 6 ชั่วโมงหลังจากเกิดอุบัติเหตุ มีภาวะติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน เนื่องจากผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ผู้ป่วย 2 ราย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันจำนวน 4 ข้อ และต่างกัน จำนวน 8 ข้อ 2) ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาใน 3 ระยะของการดูแลตามปัญหาจากการประเมินและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

สรุปและข้อเสนอแนะ : การศึกษานี้แสดงให้เห็นความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอกที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง และการรักษาด้วยการผ่าตัด การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมอง พยาบาลต้องประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และต่อเนื่อง เพื่อประเมินความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล ในระยะที่จะเข้าสู่ระยะวิกฤตและระยะฟื้นฟู การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางอย่างถูกต้อง ครบถ้วน จะสามารถลดภาวะแทรกซ้อน ลดวันนอนโรงพยาบาล ลดความพิการ และลดอัตราการเสียชีวิตได้

คำสำคัญ : การบาดเจ็บที่สมอง ; ภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น

ABSTRACT

Purpose : to study disease progression, compare of nursing diagnosis and nursing practices consistent with patient problems.

Materials and Methods : Two crisis patients with Epidural hemorrhage were specific selected in 2020. Data were collected from medical records and observations. Content analysis uses the conceptual framework of Gordon' s 11 health assessments.

Main findings : Both patients While riding a motorcycle, not wearing a helmet, alcohol uses, First patient has chronic liver disease, cirrhosis child C, pale, Coagulopathy, Atrial fibrillation, Acidosis, Hypokalemia, Acute Kidney injury, Hypoglycemia and Hypothermia all of the above factors cause increased intracranial pressure, the patient is not ready for emergency surgery resulting in the death of this patient. The second patient underwent surgery to remove the blood clot within 6 hours after the accident. Have a pneumonia due to mechanical ventilation for a long time, because the patients are unconscious, 2 patients have 4 nursing diagnoses were consistent, but 8 were different 2) Nursing practice consistent with problems in 3 phases of care according to problems from assessment and diagnosis in nursing.

Conclusion and recommendations : This study shows the differences between patients with traumatic brain injury and those with Epidural hemorrhage that receive conservative care and surgical treatment Nursing of traumatic brain injury patients Nurses must assessment the symptoms, accurately and continuously, and can assess the risk complications that may occur to patients in order to provide information in nursing care plan, both in the critical phase and in the rehabilitation phase. The practice of nursing according to the guidelines correctly is completely able to reduce complications, Length of stay, disability and death.

Keywords : Traumatic Brain Injury ; Epidural Hemorrhage

บทนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในเกือบทุกประเทศทั่วโลก¹ เพราะการเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดได้จากโรคร้ายไข้เจ็บทุกชนิด ตั้งแต่การป่วยฉุกเฉินด้วยโรคต่าง ๆ รวมทั้งการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ อุบัติภัยภัยพิบัติ และการได้รับสารพิษ การเกิดอุบัติเหตุที่รุนแรงและการเจ็บป่วยฉุกเฉินก่อให้เกิดความสูญเสียจากการบาดเจ็บและการตายอย่างมากมาย² ผู้บาดเจ็บที่เสียชีวิต 2 ใน 3 เป็นผู้ป่วยจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในพื้นที่ชนบท ทั้งที่ความรุนแรงของการบาดเจ็บในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ในเขตเมืองไม่แตกต่างกัน แต่ระยะเวลาของการนำผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาลถ้าใช้เวลามากกว่า 30 นาที โอกาสการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บจะสูงกว่า และพบว่า 15-20% ของการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บในประเทศด้อยพัฒนาสามารถป้องกันได้³

การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บก็คือ การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง ในประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยบาดเจ็บที่เกิดจากการขนส่งในปี 2548 จำนวน 155,406 ราย เสียชีวิต 8,324 ราย ในจำนวนนี้ 78.7% ของผู้เสียชีวิตเกิดจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ⁴ อัตราตายจากการบาดเจ็บที่ศีรษะพบเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็ง โรคในกลุ่มหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุการตายอันดับแรกในคนไทยทำงานปี 2550 การจำแนกผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Severity of head injury) โดยใช้ Glasgow coma score (GCS) เป็นหลักการแบ่งระดับความรุนแรงมีดังนี้ บาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง (Severe head injury) พบร้อยละ 10 บาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง (Moderate head injury) พบร้อยละ 10 และบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (Mild head injury) พบ 80.0%⁵

จากสถิติข้อมูลการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดขอนแก่น⁶ พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นปี พ.ศ. 2560-2562 อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร 23.14, 20.21 และ 25.03 ต่อแสนประชากร และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากสถิติจำนวนผู้บาดเจ็บต่อสมองในโรงพยาบาลขอนแก่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ 2560-

2562 มีผู้บาดเจ็บต่อสมอง จำนวน 3,653, 4,123 และ 5,008 รายตามลำดับ จำแนกผู้บาดเจ็บต่อสมองที่เกิดภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอกหรือชั้นเหนือดูลา (Epidural or Extradural Hemorrhage) จำนวน 191, 168 และ 212 รายตามลำดับได้รับการผ่าตัดเพื่อเอาก้อนเลือดออกจำนวน 54, 51 และ 68 รายตามลำดับ เสียชีวิตจำนวน 13, 23 และ 22 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 6.80, 13.69 และ 10.37 จากสถิติพบว่า จำนวนของผู้บาดเจ็บสมองอัตราการรอดชีวิตสูง ดังนั้นการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บที่สมองร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอกในระยะวิกฤตให้ได้ผลดีนั้นต้องได้รับการ การวินิจฉัยอย่างรวดเร็วถูกต้อง รวมทั้งได้รับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วนทันเวลา จะช่วยให้อัตราการรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้น พยาบาลผู้ดูแลจึงมีความสำคัญอย่างมากในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตโดยต้องมีความรู้ความชำนาญ มีทักษะในการวางแผนจำหน่าย ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงมีระบบการส่งต่อที่ไร้รอยต่อในระยะฟื้นฟู เพื่อให้ผู้บาดเจ็บได้รับการรักษาที่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอกเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ความหมายของการบาดเจ็บที่สมอง หมายถึง การมีแรงจากภายนอกมากระทบศีรษะทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ส่วนต่าง ๆ ของศีรษะคือหนังศีรษะ (Scalp) กะโหลกศีรษะ (Skull) และเนื้อสมองและการบาดเจ็บที่เนื้อสมองนับว่าเป็นอันตรายที่รุนแรงและมีความสำคัญมากที่สุด โดยพบว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ถึง 70% ของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง ฉะนั้นเมื่อกล่าวถึงการบาดเจ็บหรืออันตรายที่สมองจะหมายถึง การบาดเจ็บหรืออันตรายที่เนื้อสมองและผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงอยู่ในภาวะวิกฤตและต้องการรักษาพยาบาลโดยเร่งด่วนและถูกต้อง ทั้งนี้เพื่อช่วยให้รอดชีวิตหรือเกิดความพิการน้อยที่สุด

ภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก หรือชั้นเหนือดูลา (Epidural or Extradural Hemorrhage) หมายถึง การมีเลือดออกกระหว่างกะโหลกศีรษะกับเยื่อหุ้มสมองชั้นนอกสุด เลือดที่ออกจะรวมกันเป็นก้อน

(Hematoma) มักพบการแตกของกะโหลกศีรษะร่วมกับมีการฉีกขาดของหลอดเลือดแดง Middle Meningeal Artery อาการแสดงที่พบคือผู้ป่วยส่วนมากจะหมดสติทันทีไปสักครู่หนึ่งแล้วกลับรู้สึกตัวดีขึ้นอาการทั่วไปแจ่มใสเป็นเวลาอาจเป็นหลายชั่วโมงหรือเป็นวันไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บ และผู้ป่วยอาจมีอาการปวดศีรษะมากขึ้น มีอาการอาเจียน ชีพ และไม่รู้สีกตัว ม่านตาข้างเดียวกับสมองที่ได้รับการบาดเจ็บขยายโต แขนและขาข้างตรงข้ามกับเลือดออกจะอ่อนกำลังลง การหายใจไม่สม่ำเสมอ หากไม่ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยอาจถึงเสียชีวิตได้ เมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจนหมดสติไปครั้งแรกในระยะสั้นแล้ว กลับมีอาการแจ่มใส ช่วงเวลาที่มีอาการแจ่มใสจนถึงเมื่อผู้ป่วยมีอาการหมดสติไปอีกครั้งเรียกช่วงนี้ว่าระยะพักแจ่มใส (Lucid interval) ซึ่งเป็นอาการแสดงที่สำคัญและใช้ในการวินิจฉัยว่ามีเลือดออกในชั้นระหว่างกะโหลกศีรษะกับเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค เปรียบเทียบและวางแผนปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

ศึกษาผู้ป่วยวิกฤต ที่มีอาการบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก จำนวน 2 ราย แบบเจาะจงในปี พ.ศ. 2563 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและสังเกตการณ์ปฏิบัติ การวิเคราะห์เนื้อหาโดยใช้กรอบแนวคิดตามการประเมิน 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

กรณีศึกษา ผู้ป่วย 2 ราย

ผู้ป่วยรายที่ 1 ชายไทยคู่ อายุ 58 ปี รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2563

อาการสำคัญ รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งด้วยอาการซีดจางร่ายานยนต์ล้มเอง จำเหตุการณ์ไม่ได้ 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

พฤติกรรมสุขภาพ ดื่มสุราทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 2-3 แก้ว โรคประจำตัว Cirrhosis child C ขาดการรักษา 2 ปี และโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ Atrial fibrillation

การวินิจฉัยโรค Epidural hemorrhage at right temporal and Closed fracture right clavicle Underlying Cirrhosis child C, Atrial fibrillation การผ่าตัด ไม่ได้รับการผ่าตัด

สรุปอาการและการรักษาพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

แรกรับที่โรงพยาบาลชุมชนเมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 09.30 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวสับสน หายใจมีกลิ่นแอลกอฮอล์ ตรวจทางระบบประสาทแรกรับ E4V5M6 Pupil 2 mm Reaction to light both eyes แขนขาทั้งสองข้างยกได้ สัญญาณชีพ แรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 131/85 มม.ปรอท O₂sat 98% ปวดศีรษะ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ Acetar 1,000 ml iv drip 80 cc/hr DTX 279 mg% ได้ยา Vitamin K 30 mg iv stat, Thiamine 1 amp iv stat ส่งผู้ป่วยไปทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบ Epidural hemorrhage at right temporal 30 นาทีต่อมาผู้ป่วยซึมลง ตรวจทางระบบประสาท E3V1M5 Pupil 2 mm Reaction to light both eyes แขนขาอ่อนแรง Motor power grade 3 แขนขาอ่อนแรง Motor power grade 5 แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ Atrial fibrillation อัตราการเต้นหัวใจ 168 ครั้งต่อนาที ให้ยา Amiodarone 150 mg + 5% DW 100 ml iv drip in 15 min แล้วส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น มาถึงเวลา 13.55 น. รับไว้รักษาหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ Retained NG tube มีเลือดออก NG Lavage ด้วย NSS 1,000 ml ได้ Fresh blood, FAST positive มี Ascites ส่งทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องพบ Liver cirrhosis with ascites

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct 24 Vol% ได้รับเลือด PRC 2 Unit iv drip unit ละ 3 ชั่วโมง หลังให้เลือดหมดเจาะ Hct ซ้ำ 32 Vol%, Serum potassium 3.35 mmol/L ได้รับ Acetar 1,000 ml add KCL 40 mEq/L iv drip rate 120 mL/hr จำนวน 2 ขวด เจาะเลือดซ้ำ Serum potassium 4.54 mmol/L ,PT22.0 sec. INR 2.00 PTT

38.6 sec. ได้รับ FFP 2 Unit iv drip unit ละ 1 ชั่วโมง เจาะเลือดซ้ำ, PT24.1 sec. INR 2.21 PTT 46.1 sec., Blood Urea Nitrogen 12 mg/dL, Creatinine 2.51 mg/dL, Arterial blood gas pH 7.020 pCO₂ 23.1mmHg pO₂ 70.2 mmHg HCO₃ 6.0 mmol/L, ABE -22.9 mmol/L ได้รับ 7.5% NaHCO₃ 2 amp iv drip in 30 min. เจาะเลือดซ้ำ Arterial blood gas pH 7.252 pCO₂ 21.8mmHg pO₂ 132.2 mmHg HCO₃ 9.7 mmol/L, ABE -15.3 mmol/L

ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ Atrial fibrillation อัตราการเต้นหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที ให้ยา Amiodarone 150 mg + 5% DW 100 ml iv drip in 15 min then Amiodarone 900 mg + 5% DW 500 ml iv drip in 24 hrs

ส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางประสาทศัลยแพทย์เรื่องการผ่าตัด Epidural hemorrhage at right temporal แพทย์พิจารณาการรักษาแบบประคับประคอง (Supportive treatment) เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ Metabolic acidosis, Hypokalemia, Coagulopathy, Atrial fibrillation, Anemia due to blood loss Upper GI Bleeding และส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ เรื่อง Closed fracture right clavicle แพทย์พิจารณาการรักษาแบบประคับประคอง (Supportive treatment) แพทย์ได้ให้ข้อมูลคำปรึกษากับญาติผู้ป่วยให้เข้าใจและทราบเรื่องอาการและแผนการรักษาผู้ป่วย

วันที่ 2 ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ สัญญาณทางระบบประสาท E1VTM5 Pupil 2 mm Reaction to light both eyes แขนขาต้านซ้ายอ่อนแรง Motor power grade 3 แขนขาต้านขวา Motor power grade 5 สัญญาณชีพอุณหภูมิกาย 35.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 95/48 มม.ปรอท O₂sat 95% ใช้ผ้าห่มไฟฟ้าเพื่อควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้เพิ่มขึ้น ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct ลดลงจาก 32 Vol% เป็น 23 Vol% ได้รับเลือด PRC 2 Unit iv drip unit ละ 3 ชั่วโมง DTX Low ได้รับ 50%Glucose 50 ml iv push DTX ซ้ำ 68 mg% ได้รับ 50%Glucose 50 ml iv push เจาะ DTX ซ้ำ 128 mg% ได้รับสารน้ำ 5%DN/2 1,000 ml iv drip

80 cc/hr, Urine out put ออกน้อยลง 50 ml/ 6 hrs ได้รับสารน้ำเพิ่ม Acetar 500 ml iv load in 30 min Blood Urea Nitrogen 13 mg/dL Creatinine 3.17 mg/dL

เวลา 11.40 น. ผู้ป่วยมี Cardiac arrest คลำชีพจรไม่ได้ เริ่มทำ CPR 6 นาที ได้รับยา Adrenaline 2 amp iv, EKG HR 20 /min ได้รับยา Atropine 1 amp iv, On Dopamine (4:1) iv drip 20 ml/min แพทย์ให้ข้อมูลญาติเรื่องการช่วยเหลือผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นภรรยาและบุตรสาวของผู้ป่วยตัดสินใจไม่ทำหัตถการเพื่อลดความทุกข์ทรมานผู้ป่วย ต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิตเวลา 203.5 น. รวมระยะเวลาได้รับรักษาในโรงพยาบาล 2 วัน

ผู้ป่วยรายที่ 2 ชายไทยคู่ อายุ 49 ปี รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2563 รวมอยู่รักษา 45 วัน

อาการสำคัญ รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ด้วยซีรติจกรยานยนต์ชนกับจักรยานยนต์ สลบจำเหตุการณ์ไม่ได้ มีแผลที่ศีรษะ ได้กลืนแอลกอฮอล์ 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

พฤติกรรมสุขภาพ ดื่มสุราทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ครั้งละ 4-5 แก้ว โรคประจำตัว Hepatitis C infection

การวินิจฉัยโรค Epidural hemorrhage at frontotemporal with Fracture of skull, Fracture facial bone

การผ่าตัด Right craniotomy to remove clot วันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 Tracheotomy, ORIF c mini plate screw วันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563

สรุปอาการและการรักษาพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

แรกรับโรงพยาบาลชุมชนเมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 17.49 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัว มีกลิ่นแอลกอฮอล์ สัญญาณทางระบบประสาทแรกรับ E3V4M6 Pupil 2 mm Reaction to light both eyes แขนขาทั้งสองข้างยกได้ สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 196/100 มม.ปรอท มีแผล Laceration wound

ที่หน้าความยาวผาก 5 เซนติเมตร มี Frontal bone depression ทำแผล Pressure dressing ผู้ป่วยไม่มีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน 1 ชั่วโมงต่อมาผู้ป่วยซึมลง สัญญาณทางระบบประสาท E1V3M5 Pupil 2 mm Reaction to light both eyes แขนขาต้านซ้ายอ่อนแรงเล็กน้อย Motor power grade 4 แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจและให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 ml iv drip 120 ml/hr DTX 127 mg% Hct 45 Vol% ส่งต่อมาโรงพยาบาลขอนแก่นมาถึงเวลา 19.51 น. ผู้ป่วยได้รับการประเมิน สัญญาณชีพและสัญญาณประสาททุก 1 ชั่วโมง เจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ จ้องเลือดเพื่อเตรียมผ่าตัดและเตรียมตัวผู้ป่วย Pre operative for Right craniotomy to remove clot ให้ข้อมูลอาการและแผนการรักษากับญาติและขอความยินยอมในใบยินยอมผ่าตัด ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเริ่มผ่าตัดเวลา 22.27-24.00 น.

ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัดไม่รู้สีกตัว E1VTM5 Pupil 3 mm Sluggish Reaction to light both eyes แขนขาต้านซ้ายอ่อนแรงเล็กน้อย Motor power grade 4 BP 135/82 มม.ปรอท ชีพจร 112 ครั้งต่อนาที ใส่เครื่องช่วยหายใจ CMV Mode O2sat 98% ได้รับยา Cefazolin 1 gm iv ทุก 6 ชั่วโมง 7 วัน Transamine 1 gm iv ทุก 8 ชั่วโมง 3 วัน Dilantin 100 mg iv ทุก 8 ชั่วโมง Ranitidine 50 mg iv ทุก 8 ชั่วโมง 20% Mannitol 100 ml iv ทุก 6 ชั่วโมง 2 วัน Morphine 3 mg iv ทุก 6 ชั่วโมง 3 วัน Fentanyl (5:1) iv drip rate 10 ml/hr On Acetar 1,000 ml iv drip rate 80 ml/hr ผู้ป่วยได้รับอาหารเหลวทางสายยางวันที่ 3 หลังผ่าตัด Neomun(1.5 :1) 450 ml x 4 feeds

วันที่ 14 ผู้ป่วยมีไข้ เสมหะสีขุ่น ส่งตรวจ Tracheal suction culture พบเชื้อ Moderate Acinetobacter baumannii(CRAB MDR) Few Klebsiella pneumonia

และผลตรวจรังสีทรวงอกพบ Infiltration LLL แพทย์วินิจฉัยปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยา ได้รับยา Colistin 300 mg iv drip in 1 hr ทุก 12 ชั่วโมง 14 วันและ Meropaenam 2 gm iv drip in 3 hr ทุก 8 ชั่วโมง 18 วัน พริกษานักกายภาพบำบัดเพื่อช่วยบริหารปอดและกายภาพบำบัด ใช้ลดลงเสมหะลดลง Try wean เครื่องช่วยหายใจได้วันที่ 17 On O2 Collar mask 10 LPM O2sat 98% ได้ยา Beradual 1 Nebule ฟันทุก 6 ชั่วโมง Acetin 3 mg ผสม NSS up to 4 ml ฟันทุก 6 ชั่วโมง

ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย E2VTM5 Pupil 3 mm Sluggish Reaction to light both eyes แขนขาต้านซ้ายอ่อนแรงเล็กน้อย Motor power grade 4 ใส่ท่อหลอดลมคอหายใจได้เอง BP 110/78 มม.ปรอท ชีพจร 70-80 ครั้งต่อนาที RR 18-20 /min ไม่มีไข้ พยาบาลสอนญาติผู้ป่วยและญาติการดูแลแผลท่อหลอดลมคอ การทำความสะอาดท่อหลอดลมคอ การให้อาหารทางสายยาง การดูแลความสะอาดร่างกาย การทำกายภาพบำบัดและอาการผิดปกติ ภาวะแทรกซ้อนที่ต้องมาโรงพยาบาลก่อนวันนัด รวมทั้งส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกลับไปโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านเพื่อการติดตามเยี่ยมบ้าน แพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2563 นัดติดตามอาการหลังจำหน่าย 3 เดือน รวมเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล 45 วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของ Gordon มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลของ Orem มาใช้ในการพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกรับ ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยในภาวะวิกฤตและสามารถดูแลตนเองได้ ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ระยะแรกเริ่ม	1.ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีเลือดออกในสมอง 2.ปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลงเนื่องจากภาวะCardiogenic shock 3.มีโอกาสดังกล่าวแทรกซ้อนจากภาวะช็อคและเกร็ดเลือดต่ำ 4.เสี่ยงต่อพร่องออกซิเจน 5.ภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ	1. ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีเลือดออกในสมอง 2. เสี่ยงต่อพร่องออกซิเจน 3. การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด Craniotomy
ระยะต่อเนื่อง	6. ภาวะ Hypoglycemia 7.ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ 8.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารน้ำและอาหาร 9.เสี่ยงต่อภาวะชักเนื่องจากพยาธิสภาพที่สมอง 10.พร่องความสามารถในการทำกิจวัตร 11.ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย	4.เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกซ้ำเนื่องจากสมองได้รับการกระทบกระเทือนจากการผ่าตัด 5.เสี่ยงต่อภาวะชักเนื่องจากพยาธิสภาพที่สมอง 6.เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัด Craniotomy 7.ไม่สุขสบาย เนื่องจาก เจ็บปวดบาดแผลผ่าตัด 8.การติดเชื้อทางเดินหายใจ 9.พร่องความสามารถในการทำกิจวัตร 10.มีท่อเจาะคอ
ระยะจำหน่าย	12.มีความบกพร่องของจิตใจและอารมณ์จากความโศกเศร้าเนื่องจากญาติสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก	11.ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย หลังกลับบ้าน

ผลการวิจัย

1) ผู้ป่วยทั้งสองรายขณะขับซีอีกรยานยนต์ไม่สวมหมวกนิรภัย ต้มสุรา ผู้ป่วยรายที่หนึ่งมีโรคประจำตัว Liver cirrhosis child C หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะเลือดเป็นกรดเกลือแร่โพแทสเซียมในเลือดต่ำ ไตทำงานผิดปกติปัสสาวะออกน้อย ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดดังกล่าวส่งผลให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงมากขึ้นผู้ป่วยไม่พร้อมผ่าตัดฉุกเฉินส่งผลให้ผู้ป่วยรายนี้เสียชีวิต ส่วนผู้ป่วยรายที่สองได้รับการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกภายใน 6 ชั่วโมงหลังจากเกิดอุบัติเหตุ มีภาวะติดเชื้อที่ปอดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานเนื่องจากผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว

ผู้ป่วย 2 รายมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันจำนวน 4 ข้อ และต่างกัน 7 ข้อ

2) ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาใน 3 ระยะของการดูแล ปัญหาประกอบด้วยภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีเลือดออกในสมอง ปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลงเนื่องจากภาวะ Cardiogenic shock มีโอกาสดังกล่าวแทรกซ้อนจากภาวะช็อคและเกร็ดเลือดต่ำ เสี่ยงต่อพร่องออกซิเจน ภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ ภาวะ Hypoglycemia ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารน้ำและอาหาร เสี่ยงต่อภาวะชักเนื่องจากพยาธิสภาพที่สมอง พร่องความสามารถในการทำกิจวัตร ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย

มีความบกพร่องของจิตใจและอารมณ์จากความโศกเศร้า เนื่องจากญาติสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด Craniotomy .เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกซ้ำเนื่องจากสมองได้รับการกระทบกระเทือนจากการผ่าตัด เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัด Craniotomy ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บปวดบาดแผลผ่าตัด การติดเชื้อทางเดินหายใจญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย หลังกลับบ้าน

สรุป

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอกที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองและการรักษาด้วยการผ่าตัด รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงการบาดเจ็บต่อสมอง และภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ฉะนั้นการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมอง พยาบาลต้องประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และต่อเนื่อง เพื่อประเมินความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลทั้งในระยะที่จะเข้าสู่ระยะวิกฤตและระยะฟื้นฟู การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางอย่างถูกต้องครบถ้วนจะสามารถลดภาวะแทรกซ้อน ลดวันนอนโรงพยาบาล ลดความพิการ และลดอัตราการเสียชีวิตได้

วิจารณ์

กรณีศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร ไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่หรือนั่งซ้อนจักรยานยนต์ ทำให้เกิดการบาดเจ็บและมีเลือดออกในสมอง การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บต่อสมอง พยาบาลต้องมีความรู้และความเข้าใจถึงผลกระทบทางสรีรวิทยาของ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงโดยให้ความสำคัญในเรื่องของการสังเกตอาการที่สำคัญและการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและทันทั่วทั้งเนื่องจากการจัดการภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงมี

ความซับซ้อน การประเมินอาการและการจัดการปัญหาสุขภาพในผู้ป่วยที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูงตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ กระบวนการฟื้นฟูเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ลด ความรุนแรงของโรค ลดความพิการ และอัตราการเสียชีวิต

การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองเพื่อลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงด้วยการผ่าตัดนั้น

ผู้ป่วยต้องมีความพร้อมก่อนการผ่าตัดด่วน โดยการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดด่วนที่สำคัญคือ การประเมินความพร้อมด้านร่างกาย สัญญาณชีพ สัญญาณทางระบบประสาท ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจอื่น ๆ เช่น ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผลตรวจเอกซเรย์ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมโดยแพทย์ผู้ทำการรักษาพิจารณาความพร้อมและตัดสินใจรักษาด้วยการผ่าตัด พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการรักษาแบบประคับประคองเพื่อลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตหลายปัจจัย ทำให้เกิดภาวะสมองเคลื่อนและเสียชีวิต ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาพบว่ามีอัตราการสูงถึงร้อยละ 69-95⁷ การเตรียมความพร้อมด้านความรู้ ทักษะ พยาบาล การประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานภายในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล รวมทั้งการเตรียมอุปกรณ์ต่างๆให้พร้อมใช้งานในภาวะวิกฤตเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ปอดหลังการใส่เครื่องช่วยหายใจทำให้ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบเป็นประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรง พยาบาลต้องปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อที่ปอดอย่างเคร่งครัด และมีการติดตามประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการให้คำแนะนำญาติผู้ดูแลให้เข้าใจหลักการป้องกันการติดเชื้อ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยในระยะที่รักษาในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

พฤติกรรมสุขภาพที่ดีที่จะช่วยป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรเป็นสิ่งสำคัญบทบาทพยาบาลในการส่งเสริม ป้องกัน และลดความรุนแรงการบาดเจ็บเพื่อให้ผู้ป่วยและประชาชนมีสุขภาพดี เมื่อเกิดการบาดเจ็บฉุกเฉินประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ทันที เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตได้

เอกสารอ้างอิง

1. ไพบูลย์ สุริยวงศ์ไพศาล. เส้นทางแห่งอุบัติเหตุ. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ; 2548.
2. วิทยา ชาติบัญชาชัย และคณะ. คู่มือการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น : สำนักงาน บริหารโครงการวิจัยและตำรา โรงพยาบาล ขอนแก่น ; 2547.
3. สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย. การดูแลผู้ป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ : ศูนย์นเรนทร ; 2549.
4. สำนักกระบวนวิทยากองควบคุมโรค. ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ ; 2548.
5. American College of Surgeons Committee on Trauma. "Advanced trauma life support for doctors." ATLS student course manual 1 ; 2004. p 7.
6. จังหวัดขอนแก่น. รายงานการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 3 ฐาน. ขอนแก่น ; 2562.
7. Fan JY. Effect of backrest position on intracranial pressure and cerebral perfusion pressure in individuals with brain injury: a systemic review. JNN 2004 ; 36(5) : 278-88.

การพัฒนาตำรับอาหารพื้นบ้านอีสานเชิงพุทธเพื่อลดภาวะเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน The Development of Buddhist Northeastern Food Recipe to Reduce the Risk among Diabetes Risk Group

ดวงดาว สารัตน์* ดวงเดือน ศรีมาตี** ขนิษฐา ทัดเทียมหัต***

ประภาพร ศรีตะวัน**** และดอกไม้งามดั่งนาง*****

Corresponding author : E-mail : duangdownsarat11@gmail.com

(Received : July 9, 2020 ; Revised : July 25, 2020 ; Accepted : July 31, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาตำรับอาหารพื้นบ้านอีสานเชิงพุทธเพื่อลดภาวะเสี่ยง ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เหมาะสมกับพื้นที่ตำบลหนองหิน อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยปฏิบัติการ (Action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : มี 4 ขั้นตอน 1)ทำความเข้าใจปัญหา โดย ศึกษาสถานการณ์เบาหวาน และพฤติกรรมการกินของชุมชน 2) กำหนดวิธีแก้ปัญหา ยกร่างรูปแบบ วิพากษ์รูปแบบ 3) ปฏิบัติการแก้ไขปัญหา นำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติกับกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ปรับปรุงแผนทุกระยะ 4) ประเมินผล จำนวนตำรับอาหาร พฤติกรรมการกิน ภาวะเสี่ยงเบาหวานและความสมดุลกรดต่างของร่างกาย

ผลการวิจัย : ได้ตำรับอาหารที่เหมาะสมกับตำบลหนองหิน 7 ประเภท 16 ตำรับ พฤติกรรมการกินเหมาะสมเพิ่มขึ้นแบบ 4 ป. ประเภท ข้าว โปรตีน ไขมัน เหมาะเพิ่มขึ้น 65.7%, 85.7% และ 82.8% ตามลำดับ ปริมาณ กินผัก ได้ 400 กรัม/วัน กินข้าวไม่กินมีออละ 2 ส่วน เหมาะเพิ่มขึ้น 51.42% และ 71.14% ปรุง กินหวาน มัน เค็ม เผ็ด เหมาะเพิ่มขึ้น 74.28%, 65.71%, 71.14% และ 82.85% ปรับเปลี่ยน เปลี่ยนมาเลือกกินผักบ้านฤทธิ์เย็นเป็นหลัก กินอาหารตามตำรับปรับสมดุล 80% เลิกกินผงชูรส 14 ราย ร่างกายสมดุลเหมาะสมเพิ่มขึ้น 94.28% ร่างกายมีภาวะสมดุล 22.85% ด้านภาวะเสี่ยงเบาหวานพบว่า ดัชนีมวลกาย น้ำหนัก น้ำตาล และความดันโลหิต รอบเอว ลดลง 74.28%, 88.57%, 88.57%, 100% และ 87.50% ลดค่าใช้จ่ายครัวเรือน 2,000-8,000 บาทต่อเดือน

สรุปและข้อเสนอแนะ : ตำรับอาหารพื้นบ้านอีสานเชิงพุทธจุดเด่นคือ ทำได้ง่ายช่วยลดรายจ่าย เหมาะกับวิถีชีวิต ดีต่อสุขภาพ สามารถปรับสมดุลให้กับร่างกายและลดเสี่ยงเบาหวานได้ ดังนั้นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน จึงควรนำไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงและป่วยเบาหวาน เน้นการปรับสมดุลเพื่อให้เป็นฐานที่ดีของสุขภาพ โดยปรับประยุกต์บางกิจกรรมให้เหมาะสมกับพื้นที่

คำสำคัญ : อาหารปรับสมดุล ; อาหารเบาหวาน ; ภาวะเสี่ยงเบาหวาน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

*** อาสาสมัครสาธารณสุข

**** ครูศูนย์เด็กเล็ก

***** ผู้นำชุมชนตำบลหนองหิน

ABSTRACT

Purpose : To develop the Buddhist Northeastern food recipe development to reduce the risks in diabetes risk group that is suitable for the area of Nong Hin Subdistrict, Mueang Suang district, Roi Et.

Design : Action research.

Materials and Methods : There were 4 steps : 1) understand the problem by studying the diabetes situation and eating behavior .2) determine the solution, draft the pattern and recipe use discuss the model. 3) solve the problem by implementing the plan with the group of diabetes risk with consistent plan improvement for the easy recipe. 4) evaluation the amount of food recipe, eating behavior, diabetes risk conditions.

Main findings : There were 7 types and 16 the suitable food recipe for Nong Hin Sub-district, the suitable eating behavior increase as 4 Por. The group of rice, protein, fat was more suitable 65.71% , 85.7% and 82.85% respectively, consume vegetable 400 g/day, rice not more than 2 parts/meal was more suitable 51.42 and 71.14%. Seasoning of sweetness, fat, saltiness and spiciness was more suitable 74.28%, 65.71% 71.14% and 82.85%. Change to local vegetable with cooling action, eating food from balancing recipe 80% the body balance was more suitable 94.28%, body balance was at 22.85%. For diabetes risk condition found that BMI, weight, sugar and blood pressure, waist was down 74.28%, 88.57%, 88.57%, 100% and 87.50%. The housing expenses were down 2,000-8,000 THB per month.

Conclusion and recommendations: The risk group accepted the Buddhist Northeastern food recipe because it was easy to make and help reduce expenses which was suitable for the current way of life of the community, good for health as it can rebalance and reduce risk of diabetes. Therefore, the primary service units with similar contexts should provide care service for the risks and diabetes groups. focusing on rebalancing for the good body foundation by adjusting some of the activities to fit with the area.

Keywords : Rebalancing food ; Diabetes food ; Diabetes risk condition

บทนำ

ภาพรวมของสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลทุก 10 ปี พบอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 33 ต่อประชากรแสนคนในปี 2529 เพิ่มขึ้นเป็น 100 ในปี 2539 และพุ่งสูงถึง 586.8 ในอีก 10 ปี ต่อมา คือปี 2549 ที่น่าตกใจคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยนั้นมีจำนวนสูงถึง 65% ในผู้ชายและ 49% ในผู้หญิง¹ เช่นเดียวกับรายงานผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองหิน ซึ่งเป็นสังคมชนบทที่กำลังจะกลายเป็นสังคมเมือง มี 10 หมู่บ้าน 1,104 ครัวเรือน ประชากรรวม 5,416 คน หญิง 2,690 คน ชาย 1,298 คน อุบัติการณ์การเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ และความชุกของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ปี พ.ศ. 2558 - 2560 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ 0.28 0.46 และ 0.47 ผู้ป่วยเบาหวานมีแผลเรื้อรังที่เท้าจำนวน 2, 2 และ 3 คิดเป็น 1.38% 1.29% และ 1.88% ถูกตัดนิ้ว 2 คน ตามัวจำนวน 10, 10 และ 11 คน คิดเป็น 6.46% 6.46% และ 6.91% ไตวายระดับ 4 และ 5 จำนวน 23, 26 และ 28 คน คิดเป็น 15.97% 16.77% และ 17.61% กำลังฟอกไตอยู่จำนวน 7 ราย กลุ่มเสี่ยงมีค่าดัชนีมวลกายเกิน อ้วนลงพุง และกลุ่มก่อนเบาหวาน มีอัตราความชุก 9.45, 11.00, 12.14 และ 6.45, 7.00, 17.75 และ 1.07, 1.00 และพบว่ากลุ่มก่อนเบาหวานกลายเป็นโรคเบาหวานระยะสั้นเพียง 1 ปี ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าจำนวนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่เพิ่มสูงขึ้นแบบก้าวกระโดดนั้นหมายถึง ยังมีกลุ่มเสี่ยงเป็นจำนวนมากในชุมชนที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย และ ให้การดูแลเพื่อปรับพฤติกรรมให้ถูกต้อง เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงของการเกิดโรค² จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา พบว่าคนตำบลหนองหินนิยมซื้ออาหารกินตามตลาดนัดชุมชน รสจัด กินข้าวเกิน รับประทานผักน้อยมาก เข้าทำนอง “มีก็กินไม่มีก็ไม่กิน” และถึงแม้มีบางส่วนที่รับประทานผักอยู่บ้างแต่เป็นผักตลาดตามความนิยมของท้องตลาด ไม่ให้ความสำคัญกับผักบ้านที่มีอยู่ทั่วไปในท้องถิ่นที่ปลูกง่าย มีเส้นใยอาหาร วิตามินต่าง ๆ สูง รวมทั้งฤทธิ์ทางยาที่ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด การนิยมกินอาหารตามท้องตลาดทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมกำลัง

เป็นประเด็นสำคัญในสังคมทุนนิยมและบริโภคนิยม ส่วนหนึ่งเป็นเรื่องของการไม่มีจะกิน แต่อีกส่วนหนึ่งเป็นเรื่องของการมีกินแต่ “กินไม่เป็น” ได้แก่การบริโภคอาหารที่มีรสหวานจัด มีไขมันมากเกินไป และรับประทานผักไม่เพียงพอ³

ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ารูปแบบการบริโภคที่หลากหลายสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ เช่นอาหารที่เน้นผัก (มังสวิรัต) อาหารไขมันต่ำ คาร์โบไฮเดรตต่ำ อาหารแนวเมดิเตอร์เรเนียนเน้นการกิน ผลไม้ ผัก ธัญพืชไม่ขัดสี ถั่ว สามารถช่วยควบคุมโรคเบาหวานได้ 4 คล้ายกับการกินอาหารตามหลักการแพทย์วิถีธรรมของหมอเขียว การกินอาหารที่มีฤทธิ์เย็น เช่นผัก หรือข้าวขาว ทั้งแบบขัดขาวหรือข้าวกล้อง ลดการกินผักที่มีฤทธิ์ร้อน ใช้โปรตีนจากพืชแทนเนื้อสัตว์ ลดความเค็มจากปกติร้อยละ 70 ร่วมกับการดื่มน้ำสมุนไพรปรับสมดุล ทำให้การเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ตีขึ้น⁴ สอดคล้องกับการกินอาหารแบบชีวจิต และอาหารอายุวัฒนะแมคโคโบโอติกของญี่ปุ่น การมีชีวิตที่สอดคล้องกับธรรมชาติรอบตัว การกินอาหารที่มีตามท้องถิ่นที่ไม่ผ่านการดัดแปลง กินพืชผักที่เกิดในท้องถิ่น และมีสัดส่วนที่พอเหมาะ ทำให้ร่างกายแข็งแรง สอดคล้องกับหลักแพทย์วิถีธรรมของหมอเขียว ได้นำแนวทางตามคำสอนของศาสนาพุทธที่บันทึกไว้ในพระไตรปิฎกเกี่ยวกับสมมติฐานของการเกิดโรคต่างๆเกิดจากไม่ปรับสมดุลร้อนเย็น และจากสถิติที่เก็บรวบรวมจากผู้ที่ได้รับการรักษาเกือบ 30 ปี พบว่าหลักการดังกล่าวสามารถดูแลสุขภาพให้ดีขึ้นจริงเชิงประจักษ์ และพบว่าสาเหตุของการเจ็บป่วย ด้วยโรคต่างๆรวมทั้งโรคเบาหวานเกิดจากภาวะความไม่สมดุลของร่างกาย⁵ จากการจัดบริการที่ต่อเนื่องด้านการกินอย่างเข้มข้นมา 10 ปีในพื้นที่ ความรู้ที่ไหลลึกและหลากหลายได้แก่การกินอาหารด้วยหลักโภชนาการอาหารแลกเปลี่ยน การนับคาร์โบไฮเดรต และการกินอาหารตามธาตุเจ้าเรือนพบว่าชุดความรู้มีความซับซ้อนหลายชั้นตอน รวมถึงการกินอาหารมังสวิรัตโดยใช้โปรตีนจากผัก ตามหลักตามหลักแพทย์วิถีธรรม ถึงแม้จะเป็นอาหารที่ดีเชิงประจักษ์ต่อสุขภาพ แต่เมื่อขัดกับวิถีการดำเนินชีวิตของคนอีสาน ทำให้

การนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันมีน้อย ดังนั้นการบูรณาการศาสตร์การกินที่มีให้ปฏิบัติได้ง่ายและเหมาะสมกับบริบทและวิถีชีวิตคนในชุมชน จึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดโรคเบาหวาน การเจ็บป่วยปัจจุบันสาเหตุหนึ่งเกิดจากการไม่สามารถบูรณาการชุดความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบันและนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁵

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นทีมผู้วิจัยจึงได้พัฒนา ตำราอาหารพื้นบ้านอีสานที่เหมาะสมกับความต้องการของคนในพื้นที่ขึ้น เพื่อบูรณาการชุดความรู้ที่มีในปัจจุบันเกี่ยวกับการกินให้มีประสิทธิภาพ โดยพัฒนาตำราอาหารจากศาสตร์ 4 ศาสตร์คือ ศาสตร์อาหารพื้นบ้าน โภชนาการอาหารแลกเปลี่ยน ของแพทย์แผนปัจจุบัน หลักการแพทย์วิถีธรรม โดยเน้นการปรับสมดุลร้อนเย็น รวมทั้งการคำนึงถึงคุณค่าทางยาสมุนไพรตามชุดความรู้หลักการแพทย์แผนไทย โดยใช้วัตถุดิบที่มีมากในชุมชน เน้นตำราอาหารอีสานพื้นถิ่น ลดความเค็มของอาหารลงจากที่เคยกินประจำ โดยใช้ความหวานสดและความหอมจากพืชผักทำให้รสชาติอร่อย สามารถนำไปประยุกต์แก้ปัญหการกินที่ทำให้เกิดโรคอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่และพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เป็นฐานการอยู่การอยู่การกินอย่างพอเพียง เป็นการอนุรักษ์วัฒนธรรมด้านอาหารพื้นบ้านอีสานอีกด้วย มีรายละเอียดของการวิจัยดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาตำราอาหารพื้นบ้านอีสานเชิงพุทธเพื่อลดภาวะเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เหมาะสมกับชุมชนตำบลหนองหิน อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มเป้าหมายเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) และสมัครใจเข้าร่วมพัฒนาดังนี้ ขั้นที่ 1 คือ กลุ่มแม่บ้านจำนวน 10 คน กลุ่มเสี่ยงเบาหวานจำนวน 10 คน กลุ่มป่วยเบาหวานจำนวน 10 คน แกนนำกลุ่มเข้มแข็งด้านการปรับพฤติกรรมด้วยอาหารปลอดภัยจำนวน 10 คน จนท.รพ.สต.3 คน นักวิจัยจำนวน 5 คน รวม 48 คน ขั้นที่

2, 3 และ 4 คือ คือกลุ่มเสี่ยงที่ผ่านการคัดกรองเบาหวานด้วยวาจาและมีข้อบ่งชี้ตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป จำนวน 35 มี 4 ขั้นตอนคือ 1) ทำความเข้าใจปัญหาโดย ศึกษสถานการณโรคเบาหวาน พฤติกรรมการกินและการจัดการความเครียดของชุมชน ตำบลหนองหิน 2) กำหนดวิธีแก้ปัญหายกร่างรูปแบบโดยนำข้อมูลจากขั้นที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มี 2 ช่วงคือ ช่วงสร้างตำรับและนำไปใช้ตำรับ วิพากษ์รูปแบบและเครื่องมือวัดโดยผู้เชี่ยวชาญ ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมาย 3) ปฏิบัติการแก้ปัญหาย โดยนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติร่วมกับกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดยมีการปรับปรุงแผนทุกระยะให้ตำรับใช้ง่ายไม่เป็นภาระและตรงกับความต้องการของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานเพื่อนำใช้ที่บ้าน 4) ประเมินผล จำนวนตำรับ พฤติกรรมการกิน ภาวะเสี่ยงเบาหวานและความสมดุลกรดต่างของร่างกาย ระยะเวลาทำวิจัย 1 ปี 2 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ คู่มือการกินอาหารปรับสมดุลและสมดุลบันทึกการกินอาหารประจำวันที่บ้าน แบบประเมินตำรับด้วยประสาทสัมผัสและแบบประเมินการนำไปใช้ตำรับที่บ้าน ผ่านข้อเสนอแนะจากอาจารย์ผู้ดูแลงานวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การคัดกรองภาวะเสี่ยงเบาหวาน⁶ และแนวทางสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผ่านข้อเสนอแนะจากอาจารย์ผู้ดูแลงานวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย การวิจัยผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โครงการวิจัยเลขที่ COE 24/2561 (30 ธันวาคม 2561) ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยการแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และข้อมูลต่าง ๆ ถือเป็นความลับโดยนำเสนอในภาพรวมสามารถรักษาสีที่ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ สามารถยุติการให้ข้อมูลหรือเมื่อต้องเปิดเผยทำได้เมื่อได้รับอนุญาตแล้วเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ตามแบบวิธีของ Gibbs⁸

และโดยนำข้อมูลจากการสังเกต ภาพถ่ายมาวิเคราะห์เป็นภาพรวม พร้อมกับยืนยันข้อมูลกับผู้ร่วมวิจัยตลอดระยะที่ทำการศึกษา ใส่รหัสตัวเลขช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล นำความคิดจากการประมวลผลการทำดัชนีข้อมูล และเชื่อมโยงดัชนีนั้นเข้าด้วยกันและเขียนเป็นประโยค (Statement) และเชื่อมโยงประโยคหลายๆประโยคจนข้อมูลมีความครอบคลุม และนำมาสร้างบทสรุปหรือข้อค้นพบเบื้องต้นเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษา (Open close ding) และพิสูจน์บทสรุปเพื่อนำไปเขียนรายงานการวิจัย และนำข้อมูลพฤติกรรมจากการ สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มมาตีความเป็นรายบุคคลและวิเคราะห์เป็นสถิติร้อยละ ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติร้อยละ

ผลการวิจัย

ผลด้านรูปแบบ การพัฒนาตำรับอาหารพื้นบ้านอีสานเชิงพุทธเพื่อลดภาวะเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จากตำรับอาหารแบบเดิมในพื้นที่ที่มีลักษณะคือ รสชาติหวาน มัน เค็ม เผ็ดและไม่คำนึงถึงคุณค่าของอาหารที่ส่งผลต่อสุขภาพหลังพัฒนาได้ ได้ตำรับอาหาร 7 ประเภท 16 ตำรับ (ตำมะละกอ 3 สูตร)และสูตรเครื่องปรุง 1 สูตรคือ น้ำปลาร้าต้มปรับสมดุล จุดเด่นของตำรับคือ รสจัด ทานง่ายไม่เป็นภาระ ลดค่าใช้จ่ายเหมาะสมกับชีวิตปัจจุบัน ดีต่อสุขภาพสามารถปรับร่างกายให้สมดุลและลดเสี่ยงเบาหวานได้ ด้านประเภทและชนิดของของตำรับอาหารได้แก่ 1) ประเภทตำมะละกอปรับสมดุล มี 3 สูตรได้แก่ ตำลาว ตำมะละกอใส่ใบมะขามอ่อน และตำมะละกอใส่สับปะรด 2) ประเภทแจ่วปรับสมดุลได้แก่ ตำหรับปลาร้า ตำรับแจ่วน้ำพริกเขียว แจ่วปลาอย่าง 3) ประเภทซุสอีสานปรับสมดุลได้แก่ ซุสมะเขือและเห็ดรวม 4) ประเภทอ่อมปรับสมดุลได้แก่ ตำหรับอ่อมไก่ปรับสมดุล 5) ประเภทแกงปรับสมดุล ได้แก่ แกงเห็ดรวม แกงปลาใส่สาหร่าย แกงเลียง แกงซี่เหล็ก แกงกบใส่บวบ และแกงจืด 6) ประเภทยำปรับสมดุล ได้แก่ ยำรวม และ 7) ประเภทอาหารว่างหรือกินได้ทุกอย่างในครอบครัว ได้แก่ สาครี่ใส่สมุนไพรปรับสมดุล และ ไข่ตุ๋นปรับสมดุล มีการบริหารจัดการเพื่อจัดกิจกรรมให้ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ตั้งแต่การแบ่งกลุ่ม เลือกแกนนำกลุ่ม เพื่อให้ประสาน

งานกลุ่มเสี่ยงอื่นในการเลือกตำรับและบริหารจัดการให้เตรียมวัตถุดิบและอุปกรณ์มาประกอบตามตำรับเองตามวัตถุดิบที่มีในท้องถิ่น การสร้างตำรับเป็นตำรับสำหรับรับประทาน 5 คนโดยมีการคำนวณสัดส่วนปริมาณวัตถุดิบตามสูตร 2 : 1 : 1 ประเมินความเหมาะสมของตำรับโดยนักวิจัยและมีการคำนวณพลังงาน ปริมาณโซเดียมและปริมาณน้ำตาลในตำรับให้สามารถรับประทานได้เหมาะสมตามเกณฑ์ที่กำหนด ปรับปรุงสูตร โดยการประเมินรสชาติทางประสาทสัมผัส และการชิม รส เผ็ด หวาน มัน เค็ม ใช้ความรู้สึกรับรสเค็มของลิ้น โดยให้ลดความเค็มลงจากที่เคยกินปกติเหลือความเค็มที่ 30% ถึง 40% และตรวจโดยเครื่องตรวจวัดระดับความเค็ม มีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันทุกครั้งทั้งขณะจัดกิจกรรมและหลังจัดกิจกรรม เพื่อปรับปรุงตำรับให้สามารถนำไปใช้ได้โดยตรงหรือสามารถประยุกต์สูตรในตำรับได้หลากหลายโดยสามารถปรับเปลี่ยนโปรตีนและผักที่มีในท้องถิ่นได้เหมาะสมตามฤดูกาลเพื่อส่งเสริมให้ชาวบ้านมากขึ้น ประเมินการนำใช้ตำรับโดยกลุ่มเสี่ยงผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อปรับตำรับให้เหมาะสมกับความต้องการของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานให้มากที่สุด กิจกรรมในการพัฒนามีดังนี้

ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจปัญหาเบาหวานและการกินโดยการรวบรวมสถานการณ์เบาหวานที่ผ่านมาจากโปรแกรมสำเร็จรูปที่ใช้ในหน่วยบริการ จากสรุปผลการดำเนินและการวิจัยที่ผ่านมาในพื้นที่ ร่วมกับการสนทนากลุ่มสัมภาษณ์เชิงลึก สังเกตพฤติกรรมกลุ่มป่วย และกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน กลุ่มแม่บ้านที่ทำอาหาร กลุ่มแกนนำด้านอาหารปลอดภัยและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำความเข้าใจเรื่องการจัดบริการที่ผ่านของหน่วยบริการ เพื่อให้เข้าใจต้นเหตุของปัญหาเบาหวานและการกินที่แท้จริงรวมถึงนวัตกรรมหรือจุดเด่นตามบริบทพื้นที่

ขั้นที่ 2 กำหนดวิธีแก้ปัญหาผู้วิจัยดำเนินการ 3 ขั้นตอนดังนี้

2.1 ยกร่างรูปแบบการพัฒนาตำรับอาหาร โดยนำข้อมูลจากขั้นที่ 1 ร่วมกับการทบทวน

ชุดความรู้และวิจัยจากศาสตร์ 4 ศาสตร์ได้แก่ ความรู้ด้านโภชนาการอาหารแลกเปลี่ยนของแพทย์แผนปัจจุบัน ความรู้ด้านพืชผักสมุนไพรตามศาสตร์แพทย์

แผนไทย ความรู้เรื่องการทำอาหารพื้นบ้านของศาสตร์ภูมิปัญญาท้องถิ่นและความรู้เรื่องแพทย์วิถีพุทธหรืออาหารปรับสมดุลของ ใจเพชร กล้าจน (หมอเขียว) มาประยุกต์สร้างรูปแบบการพัฒนาตำรับอาหารพื้นบ้านอีสานเชิงพุทธหรือแผนปฏิบัติการสร้างตำรับอาหารที่เหมาะสมกับพื้นที่การพัฒนา มีอยู่ 2 ช่วงคือ ช่วงสร้างตำรับ และช่วงนำใช้ตำรับ

2.2 ประเมินรูปแบบหรือแผนปฏิบัติการพัฒนารูปแบบโดยกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดยการรวบรวมข้อมูลสถานการณ์เบาหวานและการกินและนำเสนอร่างรูปแบบเพื่อรับข้อเสนอแนะก่อนนำมาปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับความต้องการให้มากขึ้น

2.3 วิพากษ์รูปแบบและเครื่องมือวัดโดยผู้เชี่ยวชาญนำมาปรับรูปแบบก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมาย

ขั้นที่ 3 ปฏิบัติการแก้ไขปัญหา โดยนำกิจกรรมตามรูปแบบไปปฏิบัติร่วมกับกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดยมีการปรับปรุงแผนทุกระยะให้ตำรับเหมาะสมใช้ง่าย เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานนำไปใช้ที่บ้านเข้าสู่วิถีชีวิตปกติ โดย 1 ตำรับทำสำหรับกินได้อิ่ม 5 คน ระยะเวลาในช่วงสร้างตำรับ 16 สัปดาห์ระยะนำใช้ตำรับ 20 สัปดาห์ กิจกรรมมีดังนี้

ช่วงสร้างตำรับ ครั้งที่ 1 ระยะเวลา 1 วัน ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็น 4 กลุ่มโดยเลือกกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในหมู่บ้านเดียวกันหรืออยู่ในหมู่บ้านระแวกเดียวกันเพื่อความสะดวก โดยให้เตรียมวัสดุอุปกรณ์วัดดูดิบ เครื่องปรุงมาเอง โดยให้เลือกตำรับที่กินบ่อยใน 7 ประเภทตามความสนใจแต่ไม่ให้ตำรับซ้ำกันผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการพัฒนาตำรับ โดยดำเนินกิจกรรมพัฒนาตำรับและสร้างความเข้าใจการกินเพื่อลดเสี่ยงเบาหวาน ภาค 1 เตรียมกลุ่มเสี่ยง โดยให้เตรียมอาหารที่กินประจำมารับประทานเป็นอาหารกลางวัน ผู้วิจัยเตรียมวัตถุดิบและเครื่องปรุงเพื่อให้ประกอบตามะละกอ สาธิตอาหารตำรับอ่อมไก่และซूपเห็ดรวมโดยนักวิจัย ช่วงเช้า แต่ละกลุ่มส่งแกนนำกลุ่มแลกเปลี่ยนตำรับอาหารที่นำมาเองโดยบอกวัตถุดิบ วิธีปรุงและเคล็ดลับในการปรุงให้อร่อย นักวิจัยคืนข้อมูลสถานการณ์เบาหวานและพฤติกรรมกินเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงประเมินการกินของตนเอง ช่วงรับประทานอาหารกลางวันนักวิจัยเข้าไป

รับประทานอาหารกับกลุ่มเสี่ยงเพื่อประเมินรสชาติ และความเค็มของอาหาร ช่วงบ่ายผู้วิจัยแลกเปลี่ยนรสชาติอาหารกลางวัน โดยเปรียบเทียบระดับความเค็มกับอาหารแพทย์วิถีพุทธที่เคยกินในพื้นที่และตำรับอาหารสาธิตเพื่อสะท้อนให้กลุ่มเสี่ยงตระหนักถึงการกินเค็มของตนเองและสะท้อนไปทราบระดับความเค็มที่เหมาะสมเพื่อลดเสี่ยงเบาหวาน สอนและสาธิตอาหารแลกเปลี่ยน และอาหารแพทย์วิถีธรรมหรืออาหารปรับสมดุลจากอาหารจริงนัดหมายการจัดกิจกรรมครั้งต่อไปโดย ให้กลุ่มเสี่ยงแต่ละกลุ่มเลือกตำรับ เตรียมวัตถุดิบและอุปกรณ์ในการพัฒนาตำรับในกิจกรรมครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 ระยะเวลา 2 วัน ใช้การแบ่งกลุ่มแบบเดิมเหมือนครั้งที่ 1 โดยดำเนินกิจกรรมพัฒนาตำรับและสร้างความเข้าใจการกินลดเสี่ยงเบาหวาน ภาค 2 กระตุ้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกในแต่ละกลุ่มด้วยเกมติดดาว ช่วงเช้าของวันที่ 1 สาธิตวัตถุดิบเพื่อประกอบอาหารตามตำรับโดยใช้กิจกรรมประกวดการจัดผัก แจกคู่มือโภชนาการอาหารเพื่อการปรับสมดุลร่างกาย สอนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน อาหารสูตร 2 : 1 : 1 (ผัก : ข้าว : โปรตีน) การเตรียมวัตถุดิบ(ล้าง หั่น) ปฏิบัติประกอบอาหารกลุ่มละ 1 ตำรับ ประเมินรสชาติโดยนักวิจัยและกลุ่มเสี่ยงเบาหวานฝึกชิมเพื่อประเมินความเค็ม บ่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อง รสชาติ ระดับ ความเค็ม ชนิดของผักและประเภทของอาหารที่นำมาประกอบและเคล็ดลับในการประกอบอาหารให้รสชาติอร่อย วันที่ 2 ช่วงเช้า สาธิตวัตถุดิบในการนำมาประกอบอาหารตามตำรับเหมือนวันที่ 1 ผู้วิจัยสอนอาหารที่มีฤทธิ์ร้อนเย็น และผักที่มีฤทธิ์ทางยาในการลดเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงร่วมกันประกอบอาหารตามตำรับ ประเมินรสชาติทางประสาทสัมผัสโดยนักวิจัย บ่ายทำกิจกรรมเหมือนวันที่ 1 พบปัญหาว่าระดับความเค็มของตำรับยังไม่คงที่ เนื่องจากน้ำปลาร้าที่ซื้อมาจากหลายแหล่งและระดับความเค็มไม่เท่ากัน จึงกำหนดให้พัฒนาสูตรนำปลาร้าเพื่อมาประกอบอาหารในกิจกรรมครั้งต่อไป สรุปได้ตำรับอาหาร 8 ตำรับ คือ แกงขี้เหล็ก แกงปลาใส่สายบัว อ่อมไก่ ปนปลา ซूपเห็ดรวม แกงเลียง แก้วพริกเขียว และแกงเห็ดรวม

ครั้งที่ 3 และ 4 (ครั้งละ 1 วัน) แบ่งกลุ่มเสี่ยงเป็น 2 โซนจัดกิจกรรมโซนละ 1 วัน ในแต่ละโซนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยสร้างตำรับกลุ่มละ 2 ตำรับ รวมพัฒนาตำรับจำนวน 8 ตำรับ ดำเนินกิจกรรมพัฒนาตำรับและสร้างความเข้าใจการกินเพื่อลดเสี่ยงเบาหวาน ภาค 3 ช่วงเช้าสาธิตวัตถุดิบของตำรับด้วยกิจกรรมประกวดการจัดผัก กระตุ้นการมีส่วนร่วมด้วยเกมติดดาว สอนการชั่งตวงวัดอาหารและเครื่องปรุง พัฒนาสูตรน้ำปลาร้า 1 สูตร ปฏิบัติประกอบอาหาร ประเมินรสชาติทางประสาทสัมผัส โดยนักวิจัย กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ผักโขม บ่ายเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เหมือนกิจกรรมครั้งที่ 1 ถึง 2 สรุป ได้ตำรับใหม่ 5 ตำรับได้แก่ แกงกบใส่บวบ ซุปมะเขือ ยำรวม สาकुใส่สมุนไพร และแจ่วปลาอย่าง และพัฒนาซ้ำ 3 ตำรับ ได้แก่แกงเลียง อ่อมไก่ และแกงขี้เหล็ก รวม 8 ตำรับและได้น้ำปลาร้าต้ม 1 สูตร

ครั้งที่ 5 แบ่งกลุ่มเหมือนครั้งที่ 1 และ 2 ระยะเวลา 1 วัน ดำเนินกิจกรรมพัฒนาตำรับและสร้างความเข้าใจการกินเพื่อลดเสี่ยงเบาหวาน ภาค 4 โดย ช่วงเช้าสาธิตวัตถุดิบเหมือนทุกครั้งที่ผ่านมา และให้กลุ่มเสี่ยงบอกชนิดและฤทธิ์ร้อน เย็นของผัก การปฏิบัติเพื่อพัฒนาตำรับ ประเมินรสชาติ และฝึกชิมช่วงบ่ายคือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและนักวิจัยเหมือนทุกครั้งที่ผ่านมา ได้ตำรับใหม่ 3 ตำรับคือ ตำมะละกอ 3 สูตร พัฒนาซ้ำ 3 ตำรับคือ แกงเห็ดรวม แจ่วปลาอย่าง และแกงปลาใส่สาบว้า รวม 6 ตำรับ ผู้วิจัยสรุปชื่อและจำนวนตำรับที่พัฒนาได้ทั้งหมดคือ 7 ประเภท 14 ตำรับ นัดหมายเตรียมกิจกรรมในระยะต่อไป คือ ให้นำตำรับไปใช้ที่บ้าน โดยประเมินภาวะเสี่ยงเบาหวาน และสมดุลงรตต่างของร่างกายก่อนเริ่มกิจกรรมทุกครั้ง

ช่วงนำใช้ตำรับ ครั้งที่ 1 ระยะเวลา 2 วัน ในระยะนี้เน้นพัฒนาอาหารตำรับเดิมวันละ 4 ตำรับโดยให้กลุ่มเสี่ยงเลือกตำรับเอง เน้นการพัฒนาตำรับที่มีสูตรที่ชั่งตวงวัด เครื่องปรุง และวัตถุดิบที่ชัดเจน พร้อมประเมินพลังงานระดับโซเดียม ปริมาณผัก และจำนวนน้ำตาลในแต่ละตำรับ การบริหารจัดการการจัดกิจกรรมเหมือนกับช่วงสร้างตำรับ ประเมินรสชาติของตำรับโดยนักวิจัย ประเมินการนำไปใช้ตำรับที่บ้านของกลุ่มเสี่ยงทุกครั้ง ดำเนินกิจกรรมพัฒนา

ตำรับและสร้างความเข้าใจการกินเพื่อลดเสี่ยงเบาหวาน ภาค 5 ช่วงเช้าสาธิตวัตถุดิบเหมือนช่วงสร้างตำรับ แจกคู่มือบันทึกการกินตำรับที่บ้าน สอนและสาธิตและให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานประเมินภาวะเสี่ยงด้วยตนเองและการบันทึกการกินที่บ้าน ปฏิบัติประกอบอาหาร ประเมินตำรับอาหาร ชิมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การนำตำรับกลับไปใช้ที่บ้านทั้งใช้ตรง ๆ และการประยุกต์ใช้ ตำหรับที่นำมาทำซ้ำคือ ตำมะละกอทั้ง 3 สูตร แกงเลียง อ่อมไก่ แจ่วพริกเขียว ปั่นปลา แกงเห็ดรวม ซุปมะเขือ และยำรวมโดยให้ทำซ้ำหลายครั้งเพื่อฝึกให้จำสูตรอาหารอย่างแม่นยำ

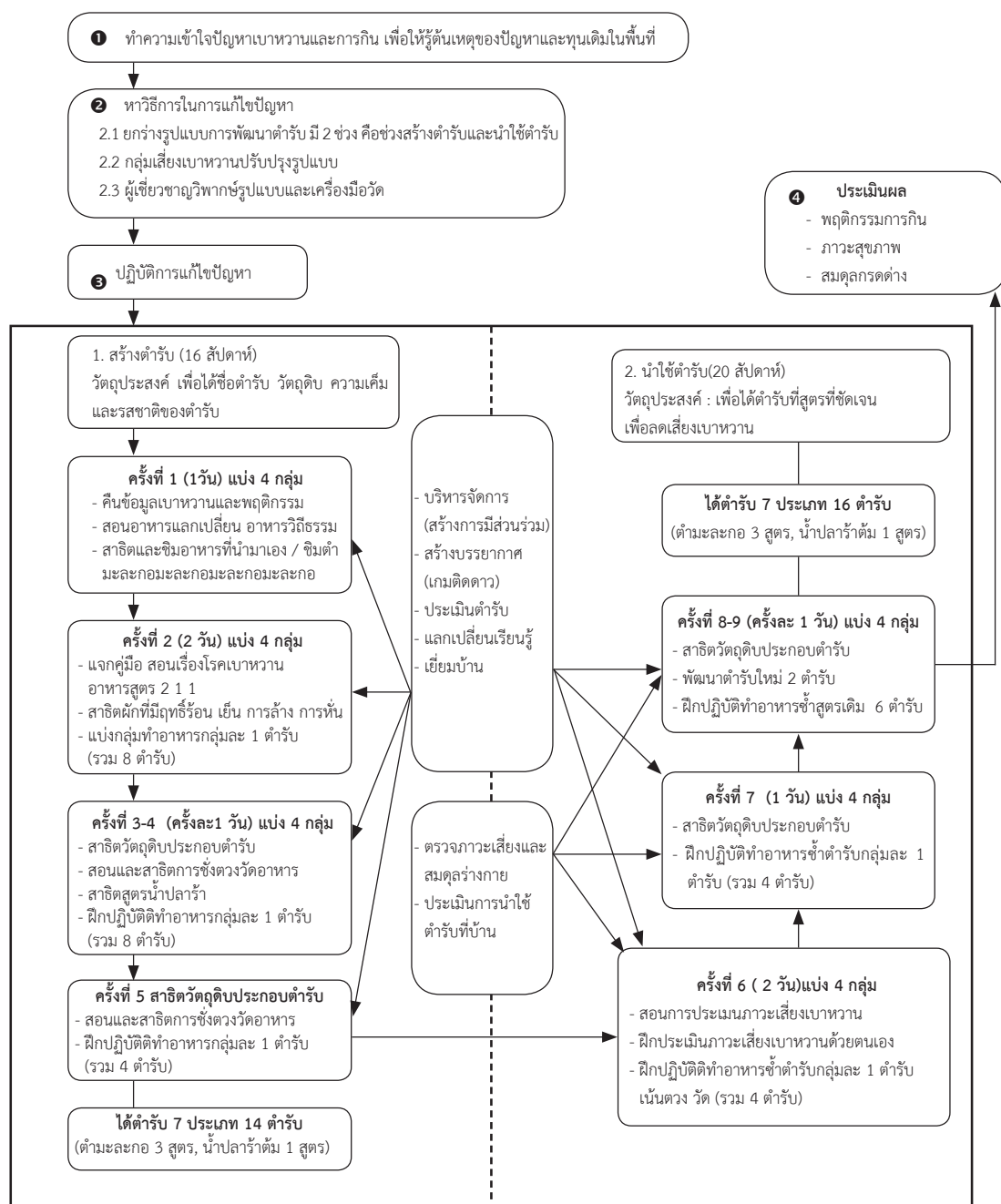
ครั้งที่ 2 ระยะเวลา 1 วัน ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาและสร้างความเข้าใจการกินเพื่อลดเสี่ยงเบาหวาน ภาค 6 จุดเน้นและกิจกรรมเหมือนกันครั้งที่ 1 กิจกรรมการชั่งตวงวัดผักโดยใช้ภาชนะในครัวเรือน เครื่องชั่ง และการใช้การกำด้วยมือ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานสามารถประเมินการกินผักของตนเองที่บ้านได้ กิจกรรมประกอบอาหารตามตำรับ ประเมินรสชาติ ประเมินการนำไปใช้ตำรับ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เหมือนครั้งที่ 1 จากการชั่งตวงวัดผักทำให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานประเมินตนเองว่ากินผักยังไม่เพียงพอ ต้องการกินผักให้มากขึ้น จึงเลือกตำรับที่กินบ่อยในครัวเรือนมาสร้างตำรับเพิ่ม อีก 2 ตำรับคือแกงจืด และต้นไช โดยนัดหมายให้มีการสร้างตำรับในกิจกรรมครั้งต่อไป สรุป ตำรับที่ทำซ้ำ 4 ตำรับแต่มีการปรับเปลี่ยนโปรตีนในตำรับ และฝึกตามฤดูกาล ได้แก่ แจ่วปลานิล อ่อมไก่ ซุปเห็ดรวมและแกงปลาใส่บวบ

ครั้งที่ 3-4 ครั้งละ 1 วัน ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาตำรับและสร้างความเข้าใจการกินเพื่อลดเสี่ยงเบาหวาน ภาค 7 จุดเน้นและกิจกรรมเหมือนกันครั้งที่ 1 และ 2 สร้างตำรับใหม่ 2 ส่วนตำรับเดิมกำหนดให้มีการเพิ่มเกลือและโปรตีนในตำรับได้เท่าที่ต้องการ โดยให้ทำสูตรแบบเดิมด้วยเพื่อเปรียบเทียบรสชาติและ ประเมินการนำตำรับไปใช้ที่บ้านของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน สรุปหลังจัดกิจกรรมว่าระดับความเค็มที่กินประจำที่บ้านคือลดความเค็มลงจากเดิมร้อยละ 60 กลุ่มเสี่ยงไม่ขอเพิ่มน้ำปลาร้าหรือเกลือโดยให้เหตุผลว่ารสชาติอร่อยแล้วและพอมมีการเพิ่มเกลือจะรสชาติเค็มมากกินไม่อร่อยนอกจากนั้นยังพบว่า เมื่อร่างกายสมดุล

แล้วถึงแม้จะใส่เครื่องปรุงเท่าเดิมแต่เมื่อชิมกลับรู้สึกว่ารสชาติเค็ม จึงเป็นสาเหตุทำให้ สามารถลดเค็มหวาน มัน เค็มได้ สรุปรวบรวมที่ห้าคือ แกลง แกลงปลา(ย่าง)ใส่สายบัว แกลงปลาใส่บวบ ยำ แกลงชีสเค้ก และชมพูมะเขือ

ขั้นที่ 4 ประเมินผล กิจกรรม ครึ่งวัน ประกอบอาหารตาม

ตำรับ 4 ตำรับ และประเมินพฤติกรรมการกินด้วย การสนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม ละ 10 คน กลุ่มเสี่ยงเบาหวานอีก 15 คนให้ช่วยกันประกอบอาหารตามตำรับจำนวนตำรับ 4 ตำรับ พบว่า ตำรับที่กลุ่มเสี่ยงนำไปใช้บ่อยที่สุดที่บ้านคือ ปันปลา อ่อม ซุปมะเขือและตำมะละกอ รูปแบบการพัฒนาตำรับดังกล่าวที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการพัฒนาตำรับอาหารพื้นบ้านอีสานเชิงพืชเพื่อลดภาวะเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

ผลด้านพฤติกรรม กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีพฤติกรรมด้านประเภทอาหาร ประเภทข้าวเปลี่ยนจากกินข้าวเหนียวมาเป็นกินข้าวเจ้าเหมาะสมเพิ่มขึ้นจำนวน 23 คน (65.71%) โดยผู้หญิงกินไม่เกินมือละ 2 ทัพพี ผู้ชายไม่เกินมือละ 3 ทัพพี ประเภทโปรตีนเลือกโปรตีนเหมาะสมมากขึ้นจำนวน 30 คน(85.71%) โดยเปลี่ยนจากกินเนื้อวัวและเนื้อหมูมาเป็นกินปลา กุ้ง และไข่ หรือไก่บ้านที่มีไขมันต่ำ ประเภทไขมัน เปลี่ยนมาประกอบอาหารแบบไม่ใช้น้ำมันเช่นแกงอ่อม ปั่น แฉ่ว เหมาะสมเพิ่มจำนวน 29 คน (82.85%) ด้านปริมาณ กินผักได้ 400 กรัม จำนวน 18 คน แต่กินเพิ่มขึ้นทุกคน (100%) กินข้าวมือละไม่เกิน 2 ส่วนเหมาะสมเพิ่มขึ้นจำนวน 27 คน (71.1%) ด้านการปรุง ลดการกินหวาน มัน เค็ม เหมาะสมเพิ่มขึ้น จำนวน 26 23 และ 27 (74.2%) (65.7%) (71.1%) และยังพบว่าลดการกินเผ็ดด้วยจำนวน 29 คน (82.8%) ด้านการปรับเปลี่ยน พบว่าการเตรียมและเลือกวัตถุดิบเหมาะสมเพิ่มขึ้น มีการล้างด้วยน้ำข้าวข้าวและ

ถ่านทุกครั้งทีประกอบอาหาร จำนวน 30 คน (85.7%) การหันผักให้มีขนาดเล็กเท่ากันเพื่อให้สามารถปรุงสุกง่ายไม่เพิ่มความร้อนเข้าไปในอาหารจนร่างกายเสียสมดุล การเลือกผัก กินผักฤทธิ์เย็นเพิ่มมากขึ้น จำนวน 25 คน (71.4%) และมีความหลากหลายของผักเพิ่มมากขึ้นจำนวน 20 คน เลือกผักไปคั้นเป็นน้ำสมุนไพรปรับสมดุล เหมาะสมมากขึ้นจำนวน 12 คน กินผักก่อนมีอาหารหรือก่อนนอนเหมาะสมเพิ่มขึ้นจำนวน 32 คน (91.4%) กินผักโดยเน้นฤทธิ์ทางยาในการลดระดับน้ำตาล จำนวน 32 คน (91.42%) เลือกกินผักที่ไม่ปนเปื้อนสารเคมีโดยเน้นผักพื้นบ้านที่ปลูกเองและมีธรรมชาติ เหมาะสมเพิ่มขึ้นจำนวน 24 คน (68.5%) ด้านการปรุง ไม่ใส่ผงชูรสจำนวน 14 คน โดยใช้ผักขยาและใบเตยต้มเป็นน้ำซุ๊ป ใช้ความสดของผักปรุงให้หวานกลมกล่อม แทนผงชูรสจำนวน 32 คน (91.4%) ปรุงรสชาติจืดลงจากที่เคยปรุงปกติ (60%-70%) จำนวน 27 คน (71.1%)

ตารางที่ 1 ร้อยละพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานก่อนและหลังการพัฒนา (n = 35)

พฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		เพิ่มขึ้น (จำนวน%)
	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	
1. ประเภท					
1.1 คาร์โบไฮเดรต(เน้นให้กินข้าวเจ้า)					
- การกินข้าว	8(22.85)	27 (77.14)	31(88.57)	4(11.42)	23(65.71)
1.2. โปรตีน(การเลือกโปรตีน)	0(0.0)	35 (100)	30(85.71)	5(14.28)	30(85.71)
1.3 ไขมัน (วิธีประกอบอาหาร)	6(17.14)	29 (82.85)	35(100)	0(0.0)	29(82.85)
2. ปริมาณ					
- กินผัก 400 กรัม/วัน	0(0.0)	35 (100)	18(51.42)	17(48.57)	18(51.42)
- กินข้าวมือละไม่เกิน 2 ส่วน	3(8.57)	32(91.42)	30(85.71)	5(14.28)	27(71.14)
3. การปรุง(ลดลง)					
- กินหวาน	8(22.85)	27(77.14)	34(97.14)	1(2.85)	26(74.28)
- กินมัน	6(17.14)	29(82.85)	29(82.85)	6(17.14)	23(65.71)
- กินเค็ม	6(17.14)	29(82.85)	33(82.85)	2(17.14)	27(71.14)
- กินเผ็ด	6 (17.14)	29 (82.85)	35(82.85)	0 (0.0)	29(82.85)
4. การปรับเปลี่ยนการกิน	4 (11.42)	31 (88.57)	32(91.42)	3 (8.57)	28(80.00)
(กินอาหารปรับสมดุล)					
4.1 เปลี่ยนการเตรียมและการเลือกวัตถุดิบ					
- การล้างผัก	5(14.28)	30(85.71)	35(100)	0(0.0)	30(85.71)
- การหันผัก	5(14.28)	30(14.28)	35(100)	0(0.0)	30(85.71)

ตารางที่ 1 (ต่อ) ร้อยละพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานก่อนและหลังการพัฒนา (n = 35)

พฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		เพิ่มขึ้น (จำนวน%)
	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	
4.2 เปลี่ยนการเลือกผัก					
- เลือกกินผักฤทธิ์เย็นเป็นหลัก	9(25.71)	26(74.28)	34(97.14)	1(2.85)	25(71.42)
- เลือกกินผักหลากหลาย	9(25.71)	26(25.71)	29(82.85)	9(25.71)	20(57.14)
- เลือกผักโดยคำนึงเป็นน้ำสมุนไพร	8(22.85)	27(77.14)	20(57.14)	15(42.85)	12(34.28)
ปรับสมดุล	0(0.0)	35(10.00)	14(40.00)	21(60.00)	14(40.00)
- เลือกกินผักก่อนมื้ออาหารหรือก่อนนอน	0(0.0)	35(100)	32(91.42)	3(8.57)	32(91.42)
- เลือกผักที่มีฤทธิ์ทางยาลดน้ำตาลในเลือด	10(28.57)	25(71.42)	34(97.14)	1(2.85)	24(68.57)
- เลือกผักที่ไม่ปนเปื้อนสารเคมี					
4.3 การปรุง					
- เลิกใส่ผงชูรสในอาหาร	0(0.0)	35(100)	14(40.00)	21(60.00)	14(40.00)
- ปรุงรสจัดลงจากปกติทั่วไป	3(8.57)	32(91.42)	30(85.71)	5(14.28)	27(71.14)
ร้อยละ 60-70	0(0.0)	35(100.0)	32(91.42)	3(8.57)	32(91.42)
- ใช้ผักขยและใบเตยต้มเป็นน้ำซุสและใช้ความสด ใหม่ของผักเพิ่มรสชาติให้หวานกลมกล่อม					
5. การออกกำลังกาย	15(42.85)	25(57.14)	30(85.71)	5(14.28)	15(42.85)

ด้านสมดุลงรตต่างของร่างกาย จากการประเมินการนำมารับไปใช้ที่บ้านประเมินการนำใช้ที่รับที่บ้านจำนวน 3 ครั้ง (86.88%) (87.20%) และ (88.46%) พบว่าสมดุลหรือร้อนเย็นในร่างกายมีจริง จากการตรวจน้ำตาลสภาวะกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน 35 คน พบว่า จำนวน 33 คน ปรับสภาวะร่างกายจากเป็นกรด เข้าสู่จุดสมดุลหรือเป็นกลางมากขึ้น (94.28%) ร่างกายเข้าสู่ภาวะสมดุลคือค่าระดับความเป็นกลาง 7-8 จำนวน 8 คน (22.85%) จากการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า ผู้ที่มีภาวะร่างกายปรับจากเป็น กรดเข้าสู่การเป็นกลางหรือร่างกายถึงจุดสมดุล สิ่งที่สังเกตได้ภายนอก คือสีหน้าและผิวพรรณสดใส ส่วนภายในจากการสังเกตตนเองของกลุ่มเสี่ยงพบว่ารู้สึกสดชื่น เบา สบาย และมีกำลังเพิ่มมากขึ้นไม่เหนื่อย นอกจากนั้นยังพบว่าโรคประจำตัวก่อนเข้าโครงการดีขึ้น เช่นท้องผูก ปวดศีรษะเป็นประจำ ปวดขา ปวดตัว กระเพาะอาหาร เป็นเริ่มที่เริ่มฝึกหนักน้อยอ่อนเพลียเวียน ค่าสมดุลจะเปลี่ยนเป็นกรดอีกเมื่อร่างกายเจ็บป่วยกะทันหัน ลดการกินผัก เคี้ยวมาก ๆ หรือน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นสูง หรือกินอาหารรสจัด จากการสัมผัสความรู้สึกร้อนเย็นในร่างกายได้ด้วยตนเอง เช่น กินอาหาร

เผ็ดแล้วรู้สึกร้อนรุ่มวาบ ปากพอง ปากแห้ง แสบร้อนในท้อง กินอาหารเค็มแล้วรู้สึกหนักตัว หงุดหงิด ไม่สบายใจและกาย กินหวานเช่นผลไม้หวาน ๆ หรือน้ำหวาน น้ำอัดลม แล้วรู้สึกตัวร้อนขึ้นไม่สบายตัว หนักตัว จนทำให้สามารถลดอาหาร เผ็ด หวาน มัน เค็มได้ กินเนื้อสัตว์ใหญ่แล้วรู้สึก ร้อนหนักตัว อึดแน่นท้อง ไม่สบายตัว จากปรากฏการณ์ที่สัมผัสฤทธิ์ร้อนเย็นภายในได้ด้วยตนเอง สุขภาพที่ดีขึ้นทุกด้าน ทำให้มีสิ่งเตือนตนเองหรือมีสติ กลายเป็นแรงจูงใจหรือแรงบันดาลใจที่จะปรับพฤติกรรมต่อเนื่องจนลดภาวะเสี่ยงเบาหวานได้และมีแววยั่งยืน

ด้านการเปลี่ยนแปลงของภาวะเสี่ยงเบาหวาน ด้านน้ำหนักตัว ลดลง สูงสุดคือ 5 กิโลกรัม พบว่ามี 1 คนที่น้ำหนักลดลง 5 กิโลกรัมขึ้นไป (10%) จากการเยี่ยมบ้านพบว่า น้ำหนักตัวมีปรับขึ้นลงในช่วงมีงานเทศกาลและลูกหลานทำอาหารแบบเดิมให้รับประทาน แต่ไม่นานเมื่อกำลังเริ่มรู้สึกไม่สุขสบายจะเริ่มกลับมากินอาหารปรับสมดุลต่อในรายที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เพราะเป็นโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย ขณะที่เข้าโครงการเช่น ซึมเศร้า ด้านรอบเอว ค่ายรอบเอว ลดลงทั้งหญิงและชายรวม จำนวน 24 คน สูงสุดลดได้

10 ซม. จำนวน 3 คน ลดได้ 5 ซม. ขึ้นไป จำนวน 7 คน เป็นที่น่าสังเกตว่าอาหารปรับสมดุลสามารถระบุดึงหรือลดรอบเอวได้ดี ด้านระดับความดันโลหิต พบว่ากลุ่มเสี่ยงเบาหวาน มีค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 mmHg จำนวน 3 คน สามารถลดระดับความดันโลหิตได้เป็นปกติทั้ง 3 คน (100%) ระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อพิจารณาระดับน้ำตาลใน

เลือดพบว่า สามารถลดระดับน้ำตาลจากกลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มปกติ จำนวน 1 คน สามารถลดระดับน้ำตาลจากระดับที่ถือว่าป่วย คือจาก 148 มก.% เหลือ 96 มก.% โดยไม่ต้องกินยา จำนวน 4 คน สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มที่สงสัยป่วยคือน้ำตาล ≥ 126 Mg.% ขึ้นไปจำนวน 5 คน (100%) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละการเปลี่ยนแปลงของภาวะเสี่ยงเบาหวานหลังพัฒนา (n=35)

น้ำหนัก	จำนวน (คน)	การเปลี่ยนแปลง		
		ลดลง (จำนวน/%)	เท่าเดิม (จำนวน/%)	เพิ่มขึ้น (จำนวน/%)
ด้านน้ำหนัก	35	26(74.28)	6(17.14)	3(8.57)
ด้านรอบเอว				
รอบเอวในชายตั้งแต่ 90 ซม.ขึ้นไป	2	2(100)	0(0.0)	0(0.0)
รอบเอวในหญิงตั้งแต่ 80 ซม.ขึ้นไป	22	19(86.36)	3(13.63)	0(0.0)
รอบเอวในชายน้อยกว่า 90	0	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
รอบเอวในหญิงน้อยกว่า 80	11	4(36.36)	5(45.45)	2(18.18)
ด้านดัชนีมวล				
>30 Kg/m ² (อ้วนมาก)	1	1(100)	0(0.0)	0(0.0)
24.9-29.9 Kg/m ² (อ้วน)	10	9(90.00)	1(10.00)	0(0.0)
18.5-24.9 Kg/m ² (ปกติ)	22	16(72.72)	5(22.72)	1(4.54)
<18.5 Kg/m ² (ผอม)	2	0(0.0)	2(100)	0(0.0)
ด้านระดับความดันโลหิต				
$\geq 140/90$ mmHg	3	3(100)	0(0.0)	0(0.0)
<140/90 mmHg	32	(90.00)	1(10.00)	0(0.0)
ด้านระดับน้ำตาลในเลือด(DTX)				
≥ 126 Mg.% ขึ้นไป	5	5(100)	0(0.0)	0(0.0)
100-125 Mg.%	23	21(91.30)	0(0.00)	2(5.71)
≤ 100 Mg.%	7	6(20.00)	0(0.0)	1(2.85)

วิจารณ์

จากจุดเด่นของตำราถึงแม้ว่ารสชาติจะจัดลงมากแต่กลุ่มเสี่ยงเบาหวานกลับยอมรับนำกลับไปใช้ในชีวิตประจำวัน เห็นได้จากวิธีการประกอบอาหารเปลี่ยนมาเป็นใช้น้ำมันจนทำให้ การกินไขมัน เหมาะสมเพิ่มขึ้น 82.85% แม้กระทั่งข้าวที่กินกับตำรับยังเปลี่ยนมากินข้าวที่มีฤทธิ์เย็นคือข้าวเจ้าเหมาะสมเพิ่มขึ้น 65.71% อย่างไรก็ตามผลการวิจัยเรื่องนี้เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมาในพื้นที่เรื่อง จัดการเรียนรู้ตามแนวจิตตปัญญาศึกษาเพื่อพัฒนาแกนนำต้นแบบของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่นี้ มีกลุ่มเสี่ยง

เข้าร่วมโครงการ 28 คน ของ ดวงดาว สารรัตน์⁹ พบว่าด้านประเภทข้าวปรับเปลี่ยนได้ร้อยละ 100 ซึ่งมากกว่าวิจัยเรื่องนี้ที่กินได้เหมาะสม เพียงร้อยละ 65.71 แต่พบว่าประเภทโปรตีน และการกินผักเหมาะสมเพิ่มขึ้น (85.7%) และ 51.42 ซึ่งมากกว่าเรื่องดังกล่าว ที่เหมาะสมเพียงร้อยละ 21.43 และ 35.72 ตามลำดับ การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจจะเนื่องมาจากวิจัยเรื่องนี้เน้นการปรับสมดุลร้อนเย็นโดยใช้ตำรับอาหารเป็นแกนกลางในการปรับพฤติกรรมทำให้เรื่องการกินข้าวซึ่งเป็นสิ่งที่กินกับตำรับมีกิจกรรมด้านนี้น้อย แตกต่างจากเรื่องเดิมในพื้นที่ ซึ่งกระบวนการปรับ

เปลี่ยนพฤติกรรมไม่ได้เน้นตำรับ แต่เน้นการกินอาหารตามหลักอาหารแลกเปลี่ยน การจำกัดพลังงานด้วยการนับแคลลอรีและการนับคาร์โบไฮเดรตหรือจำกัดการกินข้าว ทำให้กิจกรรมในงานวิจัยด้านการลดการกินข้าว ถูกจัดหลายครั้งจนกลุ่มเสี่ยงเกิดความตระหนัก ส่งผลต่อการลดปริมาณการกินข้าวดังกล่าวข้างต้น ด้านการปรับเปลี่ยน การกินผักถึงแม้ว่าทั้ง 2 เรื่องจะเน้นการกินผักเช่นเดียวกัน แต่วิจัยเรื่องนี้มีการกินผักมากกว่าเรื่องเดิม อาจเนื่องวิจัยเรื่องนี้เน้นการปรับสมดุลร้อนเย็นกลุ่มเสี่ยงเกิดการเรียนรู้ว่า ผักคือสิ่งที่สามารถปรับสมดุลได้เร็ว ทำให้รับประทานเพิ่มขึ้น ร่วมกับกิจกรรมของวิจัยเรื่องนี้ส่งเสริมการกินผักชัดเจนและเน้นย้ำบ่อย เช่นการชั่งตวงวัดผักให้กินผักได้ตามเกณฑ์ น้ำซุสที่ใช้ในตำรับยังมีการนำผักไปต้มเพื่อให้ได้รสหวานและหอมของผักมากขึ้น น้ำสมุนไพรที่ส่งเสริมให้ดื่มประจำยังทำจากผักอีกด้วย ทำให้ปริมาณการกินผักเหมาะสมเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นโปรตีนในตำรับเน้นเป็นโปรตีนที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น สัดส่วนโปรตีนในตำรับยังถูกจำกัด ตามสูตรอาหารแลกเปลี่ยน สูตร 2 : 1 : 1 (ผัก ข้าว โปรตีน) ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มเสี่ยงเบาหวานกินโปรตีนเหมาะสมและเพิ่มการกินผักอย่างชัดเจน

กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เปลี่ยนมากินอาหารตามตำรับอาหารพื้นบ้านอีสานเชิงพุทธ ร้อยละ 80.00 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาข้อมูลทางสถิติของหมอเขียวหรือ ใจเพชร กล้าจน¹⁰ ที่ศึกษาในค่าย สุขภาพดี วิถีธรรม สอนป่านาบุญ ปี 2552 (มกราคม-ธันวาคม) พบว่าผู้เข้าค่ายกินอาหารปรับสมดุล ร้อยละ 86.17 ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการเข้าค่ายวิถีธรรมผู้เข้าค่ายกินนอนในค่าย แต่วิจัยเรื่องนี้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานยังใช้ชีวิตตามปกติในครัวเรือนจึงมีช่องทางเลือกในการกินอาหารแบบอื่นได้ง่าย ด้านการล้างอาหารด้วย น้ำซาวข้าวหรือน้ำอาน วิจัยเรื่องนี้เหมาะสมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 85.71 ซึ่งสูงมากกว่างานวิจัยดังกล่าวที่หลังจากกลับไปบ้านแล้วกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมนี้เพียงร้อยละ 73.95 อาจเป็นเพราะวิจัยเรื่องนี้ กิจกรรมจัดในชุมชนที่กลุ่มเสี่ยงอาศัยอยู่หมู่บ้านใกล้เคียงกัน มีการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นประจำหลังจัดกิจกรรมทำให้กระตุ้นได้ต่อเนื่อง ร่วมกับในพื้นที่มีกลุ่มวิสาหกิจชุมชนจิตตนิยามที่เน้นการปลูกและกินพืชผักแบบไม่ใช้สารเคมี ทำให้มีกลุ่มเสี่ยง

มีความเชื่อมั่นและนำกลับไปทำที่บ้านสูง สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ชี้ชัดว่าการเลือกผักที่ไม่ปนเปื้อนสารเคมีของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เหมาะสมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 68.57 เมื่อรวมกับกลุ่มเสี่ยงที่มีพฤติกรรมเหมาะสมด้านนี้มาก่อนแล้วร้อยละ 28.57 ถ้าพิจารณากับสถิติของผู้ที่ไปรับการรักษาด้วยหลักแพทย์วิถีพุทธของหมอเขียวพบว่า มีพฤติกรรมด้านนี้ร้อยละ 73.79 ซึ่งข้อมูลโน้มเอียงไปในทิศทางเดียวกันจากพื้นฐานการทำอาหารที่ใช้ผักอินทรีย์และผักที่หาได้ในธรรมชาติ ซึ่งก็เป็นฐานของแพทย์วิถีพุทธและของงานวิจัยเรื่องนี้

ด้านสมดุลร่างกาย พบว่าเหมาะสมเพิ่มขึ้น 94.28% มีร่างกายถึงจุดสมดุล (Ph 7-8) 22.85% แสดงถึงสมดุลร้อนเย็นในร่างกายมีจริง ดังคำคำตรัสของพระพุทธเจ้าว่าที่บันทึกไว้ใน ใจเพชร กล้าจน¹⁰ ว่า “ผู้มีอาหารน้อยเป็นทุกข์ น้อยประกอบด้วยเตโชธาตุ(ธาตุร้อน)อันมีวิบากเสมอกัน ไม่เย็นนักไม่ร้อนนักเป็นอย่างกลาง ๆ ควรแก้ความเพียร” จากหลักฐานเชิงประจักษ์ของหลักการแพทย์วิถีพุทธของหมอเขียวรายงานว่าการปรับสมดุลร้อนเย็นทำให้มีโรคน้อย มีทุกข์น้อย ส่งผลให้ร่างกายพร้อมที่จะประกอบความเพียรนั้นหมายถึง สมดุลร้อนเย็นเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ เป็นไปในทิศทางเดียวกับวิจัยเรื่องนี้ ว่ากลุ่มเสี่ยงเบาหวานนำตำหรับไปใช้ที่บ้านทั้งใช้โดยตรงและใช้แบบประยุกต์ทำให้ง่ายสมดุลง่ายขึ้น หลักฐานชี้ชัดด้วยค่าคะแนนการประเมินการนำใช้ตำรับที่บ้าน อยู่ในระดับมากคือ 86.88 87.20 และ 88.46 ตามลำดับทำให้ร่างกายมีการปรับสมดุลจากร้อนเกินไปเป็นสมดุลมากขึ้น ส่งผลให้ภาวะเสี่ยงเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมโครงการลดลงทุกด้าน ได้แก่ ด้านระดับความดันโลหิต ลดลงร้อยละ 100.00 สอดคล้องกับผลของโปรแกรมการกำกับตนเองที่ประยุกต์แพทย์วิถีพุทธต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ของ สิริญาธาสถาน¹¹ รายงานว่ากลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตช่วงบนลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองจาก 132.10 (SD 4.59) เป็น 125.87 (SD 4.43) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ $P<.001$ และพบว่าระดับความดันโลหิตช่วงล่างลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองจาก 80.27 (SD=2.91) เป็น 76.00

(SD=3.89) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P<.001$ ด้าน น้ำหนัก รอบเอว น้ำตาล ลดลงร้อยละ 88.57, 87.50 และ 88.57 ซึ่งมากกว่าผลการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพจากการจัดค่ายวิถีธรรมชาติเหนือ ณ โรงเรียนแจ้ซ้อนวิทยา อำเภอมืองปาน จังหวัดลำปาง วันที่ 9-13 สิงหาคม 2557 12 ผู้เข้าร่วมโครงการ 138 คน น้ำหนัก รอบเอวและน้ำตาล ลดลงคิดเป็นร้อยละ 79.91, 70.07 และ 70.27 ตามลำดับ การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้ อาจจะเป็นเนื่องมาจากระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการแตกต่างกัน และนอกจากการใช้หลักการปรับสมดุลร้อนเย็นแล้วงานวิจัยนี้ ยังใช้หลักการกินอาหาร ด้วยอาหารแลกเปลี่ยนที่เน้นการจำกัดพลังงานให้กินข้าวไม่ เกล็นมือละ 2 ส่วนและส่วนมากกลุ่มเสี่ยงกินข้าวจ้าวเพิ่มขึ้น การกินผักได้มากขึ้นคือ 400 กรัม/วัน ร้อยละ 51.42 กินผัก ที่มีฤทธิ์ทางยาสมุนไพรในการลดน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 91.42 ซึ่งส่งผลต่อการลดระดับน้ำตาลดังกล่าว นอกจากนั้น จากการที่กลุ่มเสี่ยงสามารถรับรู้ฤทธิ์ร้อนในอาหารด้วย ตนเอง จากอาการแสดงออกทางกาย เช่น คอแห้ง ปากแห้ง แสบร้อนท้องแทบระเบิด หรือรู้สึกมีลมร้อนๆไหลออกจาก หู ทำให้การกิน ผิดเหมาะสมควรร้อยละ 82.85 เมื่อกินผิดลด ลงทำให้การใช้เครื่องปรุงลดลงด้วย (เพราะการปรุงอาหาร ต้องการรสชาติที่กลมกล่อมความเด่นแต่ละรสใกล้เคียงกัน) ส่งผลให้การพฤติกรรมกิน หวาน มัน เค็ม เหมาะสมเพิ่มขึ้น ร้อยละ (74.28%) (65.71%) และ (71.14%) ตามลำดับ นอกจากนั้นยังพบว่าทุกคนรอบครัวปลูกผักเพิ่มขึ้น จากผักที่ เคยปลูก 31 ชนิดเพิ่มเป็น 59 ชนิด ผักที่นิยมปลูกมากที่สุด คือ ขายา อ่อมแซบ วอเตอร์เครส จากกระบวนการวิจัยที่ เน้นการมีส่วนร่วม ทำให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานเข้าใจและ เห็นใจกันมากขึ้น เกิดสังคมเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีการแบ่งปัน ผัก สด เมล็ดพันธุ์ กิ่งพันธุ์ ต้นกล้าและจุลินทรีย์บำรุงพืชผัก และ ยังลดค่าใช้จ่ายครัวเรือนด้านอาหารได้ จำนวน 1,200- 8,000 บาทต่อเดือน ดังข้อมูล “แต่ก็พอกันอยู่ตลาด ซื้อผัก ซื้อหมูห้อยรถเป็นพุ่มเป็นพวง เดียวนี้ไม่มีแล้ว ถ้าซื้อผักกะ ถามแล้วถามอีกว่าใส่ปุ๋ยบ่ ตอนแล่งอย่างเป็นสายหาเก็บผัก ริมทาง จากที่บ่เคยสนใจมันเลย อยู่บ้านกะมีคนมาขอผักดู เอาไปเอามากะของต้นพันธุ์ กิ่งพันธุ์ เอาเมืงไปปลูก ..อ้าง กันว่าใช้จุลินทรีย์มันจั่งงาม” (กลุ่มเสี่ยงคนที่ 27)

ข้อเสนอแนะ

1. เจริญนโยบาย พบว่านโยบายเรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานถูกแยกเป็นส่วน ๆ จากการพัฒนาของวิจัยเรื่องนี้ ผลการวิจัยใช้พิสูจน์แล้วว่าได้ผลดีต่อสุขภาพ ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ควรทำเป็นองค์รวมและให้คนในพื้นที่มาร่วมออกแบบ

2. เจริญวิชาการ ควรมีการทำวิจัยต่อเนื่องโดยนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและมีวิจัยเพิ่มช่องทางการเข้าถึงตำรับหรืออาหารสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยโรคเบาหวานหรือกลุ่มที่มีฐานพฤติกรรมการกินเดียวกัน

3. เจริญปฏิบัติการ การนำโปรแกรมไปใช้ควรใช้ในพื้นที่ชนบทที่มีบริบทใกล้เคียงกันและพื้นที่ที่มีทัศนคติที่ดีต่อการกินอาหารเพื่อการปรับสมดุลร่างกายและพื้นที่ควรมีการทำวิจัยต่อเนื่องโดยนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเพื่อพิสูจน์ความยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองสรวง สาธารณสุขอำเภอมืองสรวง ผู้อำนวยการ รพ.สต.หนองหิน วิสาหกิจชุมชนจิตตนิยามอำเภอมืองสรวง กลุ่มเสี่ยงเบาหวานในตำบลหนองหิน และ รศ.ดร.ประสิทธิ์ ลีระพันธ์ นักวิชาการอิสระ ผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำงานวิจัยจนทำให้ งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2553. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง ; 2553.
2. สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.). การจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ. กรุงเทพฯ: โฮลิ สติกพับลิชชิ่ง ; 2552.
3. สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2553. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง ; 2554.

4. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557. กรุงเทพฯ : ศรีเมืองการพิมพ์; 2560.
5. ใจเพชร กล้าจน. จิตอาสาแพทย์วิถีพุทธเพื่อมวลมนุษยชาติ เล่มที่ 1. [วิทยานิพนธ์]. สุรินทร์ : มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ ; 2558.
6. นัยนา หนูนิล. การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ. ใน สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยธา, รวมพร คงกำเนิด, บรรณาธิการ. การส่งเสริมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล. นครศรีธรรมราช : มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ; 2543. หน้า 147-163.
7. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557. กรุงเทพฯ : ศรีเมืองการพิมพ์; 2557.
8. Gibbs, R. Analyzing Qualitative Data. London : SAGE ; 2007.
9. ดวงดาว สารตัน. การจัดการเรียนรู้ตามแนวคิดปัญหา ศึกษาเพื่อพัฒนาต้นแบบการกินกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน. [การศึกษาอิสระ]. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2556.
10. ใจเพชร กล้าจน. จิตอาสาแพทย์วิถีพุทธเพื่อมวลมนุษยชาติ เล่มที่ 2. [วิทยานิพนธ์]. สุรินทร์ : มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ ; 2558.
11. สิริญา ธารสถาน . ผลการศึกษาข้อมูลทางสถิติของผู้รับ การอบรมค่ายสุขภาพแพทย์วิถีธรรมที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เปลี่ยนแปลงเข้าหาปกติ. ใน ใจเพชร กล้าจน. จิตอาสาแพทย์วิถีพุทธเพื่อมวลมนุษยชาติ เล่ม 2. มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ ; 2558. หน้า 1313-47.
12. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองปานร่วมกับมูลนิธิ แพทย์วิถีธรรมแห่งประเทศไทย.ใน ใจเพชร กล้าจน. จิตอาสาแพทย์วิถีพุทธเพื่อมวลมนุษยชาติเล่ม 2. มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์, 2558. หน้า 1352-55.

ผลการใช้ยาประคบสมุนไพรรูปแบบสเปรย์ ที่มีต่อการลดระดับความปวดในผู้ป่วย โรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลจันทรา

The Effectiveness of Herbal Compress form Spray Affecting Pain Relief in Low Back Pain Patients at Changhan Hospital.

ภูมิณรงค์ วาณิชพุดติกุล*

Poomnarong Wanitputthikul

Corresponding author : E-mail : Poom_narong@hotmail.com

(Received: July 10, 2020 ; Revised : July 25, 2020 ; Accepted : July 31, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสิทธิผลของยาประคบสมุนไพรรูปแบบสเปรย์ ที่มีต่อการลดระดับความปวดในผู้ป่วยโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง และศึกษาอาการข้างเคียงหลังใช้ผลิตภัณฑ์ยาประคบสมุนไพรรูปแบบสเปรย์

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง

วัสดุและวิธีการวิจัย : ทำการศึกษาในกลุ่มทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน มีการวัดผลระดับความปวดเปรียบเทียบก่อน และหลังการทดลอง ติดตามอาการข้างเคียงหลังใช้ผลิตภัณฑ์ยาประคบสมุนไพรรูปแบบสเปรย์ รวบรวมข้อมูลตามตัวแปรก่อน และหลังการทดลอง เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของผลิตภัณฑ์ดังกล่าว

ผลการวิจัย : พบว่ามีประสิทธิผลด้านการลดระดับความปวดได้ดีตั้งแต่การใช้ครั้งแรก ให้กลุ่มทดลองได้รับการฉีดพ่นสเปรย์ยาประคบสมุนไพรให้ห่างจากผิวหนัง 30 เซนติเมตร จำนวน 5 ครั้ง หรือจนทั่วผิวหนังบริเวณกล้ามเนื้อหลังที่มีอาการปวด ทั้งวันนาน 30 นาที โดยไม่ต้องล้างออก หลังจากนั้นวัดระดับความปวดด้วย Visual Rating Scales : VRS พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความปวดเฉลี่ย 3.08 คะแนน กลุ่มควบคุมให้ได้รับยาหลอก (placebo) ด้วยขนาดและวิธีการเดียวกันกับกลุ่มทดลอง พบว่ามีระดับความปวดเฉลี่ย 5.04 คะแนน ติดตามอาการข้างเคียงทั้งสองกลุ่มไม่พบอาการข้างเคียงรุนแรงระหว่างการศึกษา

สรุป : การฉีดสเปรย์ยาประคบสมุนไพร สามารถลดระดับความปวดได้ถึง 1.96 คะแนน และไม่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอาการปวดมากขึ้นหลังรับการรักษา มีประสิทธิภาพในด้านลดอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างและมีความปลอดภัยในการใช้

คำสำคัญ : ยาประคบสมุนไพรรูปแบบสเปรย์

*แพทย์แผนไทยชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รพ.จันทรา

ABSTRACT

Purpose : The study of the effectiveness of the herbal compress form of the spray Towards the reduction of pain levels in patients with lower back muscle pain And studying the side effects after using the herbal compress products in spray

Design : Quasi-experimental research

Materials and Methods : Conducted in the experimental group with a control group of 26 people. The comparative pain level was measured first. And after the experiment Monitor side effects after using the herbal compress products in the spray form. Collect data by variable first. And after the experiment to study and compare the effectiveness of such products.

Main findings : The experimental group were sprayed five times from the skin 30 cm from the skin, or until the skin around the back muscle pain and leave for 30 minutes without rinsing. The pain level was then measured by Visual Rating Scales: VRS and found that the trial group had a mean pain level of 3.08 points. The control group received a placebo with the same dosage and method as the trial group. The mean pain level was 5.04 points from the follow-up of both groups. No serious adverse reactions were observed during the study.

Conclusion : The study concluded that Herbal Compress Spray The pain level was reduced by 1.96 points and no more pain in either group was found after the treatment. It is effective in reducing pain in the lower back muscles and is safe to use.

Keywords : Spray herbal

บทนำ

ความเจ็บปวดเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสุขภาพของคนไทยเพราะเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน บั่นทอนคุณภาพชีวิตของบุคคล อาการปวดกล้ามเนื้อและเกิดพังผืดเป็นกลุ่มอาการปวดที่พบเป็นอันดับแรกของการปวดเรื้อรัง มีสาเหตุจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ สัมพันธ์กับความเครียด ในปัจจุบันพบผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี เป็นโรคที่พบได้มากในทางคลินิก โดยอาการปวดหลังมักพบได้ในผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อสามารถเกิดได้กับทุกเพศทุกวัย ความรุนแรงของอาการปวดหลังจะขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ลักษณะการใช้งาน การดูแลตนเอง เพราะกระดูกสันหลังทำหน้าที่รับน้ำหนักทั้งหมดของร่างกาย โดยเฉพาะส่วนล่างของกระดูกสันหลัง เนื่องจากเป็นส่วนที่โค้งเกิดการบาดเจ็บได้ง่าย อาการปวดที่เกิดขึ้นเรื้อรังเกิน 3 เดือน มีผลโดยตรงต่อ

ร่างกาย ทำให้มีข้อจำกัดในการทำงาน ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เนื่องจากอาการปวดที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยทำงานได้ช้าลง ทำให้ขาดงาน ขาดรายได้ อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่พบส่วนใหญ่เกิดขึ้นในวัยทำงานพบได้ในผู้หญิงและผู้ชาย สาเหตุที่พบเกิดจากอิริยาบถที่ไม่ถูกต้องจากลักษณะงาน ท่าทางที่ไม่เหมาะสม เช่น การก้ม ๆ เงย ๆ การยืน ยืนของหนัก และทำงานหนักเป็นเวลานาน ทำให้กล้ามเนื้อหลังได้รับบาดเจ็บ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเสื่อมตามอายุของกระดูกสันหลัง การรับประทานอาหารที่มีมันและไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย เกิดโรคอ้วน ทำให้กระดูกสันหลังต้องรับน้ำหนักเพิ่มขึ้น การรักษาผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ลดอาการปวดหลัง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในการรักษามี 2 วิธี คือ

1. การรักษาแบบอนุรักษ์ มีแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา

อาการปวดที่เกิดขึ้นระยะแรกสามารถหายได้เอง ระยะนี้จึงควรรักษาโดยไม่ใช้ยา ควรนอนพักเพื่อลดอาการปวด หลีกเลี่ยงท่าที่ทำให้เกิดอาการปวด การรักษาทางยา คือ การให้ยาบรรเทาอาการปวด เช่น พาราเซตามอล ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่ สเตียรอยด์ และยาคลายกล้ามเนื้อสำหรับผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลทำให้นอนไม่หลับอาจจะใช้ยานอนหลับ หรือยาคลายเครียดเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน

2. การรักษาแบบผ่าตัด มีข้อบ่งชี้ในการรักษา คือ มีความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาทที่ควบคุมการขับถ่าย อุจจาระ ปัสสาวะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง และการรักษาแบบอนุรักษ์ไม่ได้ผล การรักษาแบบไม่ใช้ยาเป็นมาตรการที่สำคัญในการควบคุม และจัดการอาการปวด¹

การแพทย์แผนไทยเป็นอีกหนึ่งวิธีการบำบัด รักษาฟื้นฟูสุขภาพ มีหลักการดูแลแบบองค์รวมทุกส่วนของร่างกาย² กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลจันทรา ได้เปิดให้บริการคลินิกการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการ OPD คูขนาน แผนกผู้ป่วยนอก และเปิดให้บริการคลินิกเฉพาะโรคทางการแพทย์แผนไทยแบบครบวงจร 4 โรค มีการให้บริการทั้งเชิงรับและเชิงรุก พบผู้ป่วยที่มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างจำนวนมากจากการเก็บรายงานผู้มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลจันทรา ย้อนหลัง³ ปีงบประมาณ ในปี พ.ศ. 2560 – 2562 ดังนี้ 140 คน 174 ครั้ง, 159 คน 269 ครั้ง และ 182 คน 314 ครั้ง ตามลำดับทางผู้ศึกษาเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้พัฒนายาประคบสมุนไพรรูปแบบสเปรย์ ที่มีผลต่อการลดระดับความปวดขึ้น เพื่อให้สะดวกต่อการนำมาใช้และพกพาสามารถใช้งานได้ทุกที่ ทุกเวลา เพิ่มทางเลือกในการใช้ยาแผนไทย/ยาสมุนไพรของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของยาประคบสมุนไพรรูป

แบบสเปรย์ ที่มีต่อการลดระดับความปวดในผู้ป่วยโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง

2. เพื่อศึกษาอาการข้างเคียงหลังใช้ผลิตภัณฑ์ยาประคบสมุนไพรรูปแบบสเปรย์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ทำการศึกษาในกลุ่มทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน มีการวัดผลระดับความปวดเปรียบเทียบหลังการทดลอง ติดตามอาการข้างเคียงหลังใช้ผลิตภัณฑ์ยาประคบสมุนไพรรูปแบบสเปรย์ รวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของผลิตภัณฑ์ดังกล่าว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มผู้รับบริการทั้งหมด ของกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลจันทรา จังหวัดร้อยเอ็ด ในช่วงเดือน 1 มกราคม – 30 มิถุนายน ปี 2563

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มผู้รับบริการที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก สามารถติดตามอาการได้ สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ทำการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาทางการแพทย์แผนไทย และเปลี่ยนจากการประคบร้อนสมุนไพรเป็นการฉีดสเปรย์ยาประคบสมุนไพร โรงพยาบาลจันทรา บริเวณกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง จำนวน 26 คน

กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มผู้รับบริการที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก สามารถติดตามอาการได้ สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ทำการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาทางการแพทย์แผนไทย และเปลี่ยนจากการประคบร้อนสมุนไพรเป็นการฉีดสเปรย์ยาหลอก บริเวณกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง จำนวน 26 คน สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม อิสระต่อกัน

ขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม อิสระต่อกัน (ทดสอบสมมุติฐาน)

$$n/gr = \frac{2(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Z_α = ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด; σ^2 = ความแปรปรวน

Z_β = อำนาจการทดสอบ

μ_1, μ_2 = ค่าเฉลี่ยกลุ่มศึกษา 1,
กลุ่มศึกษา 2

previous research
pilot study

จากการทบทวนวรรณกรรมการเปรียบเทียบผลของ
แผ่นประคบร้อนสมุนไพรไทยและแผ่นประคบร้อนใน
การรักษาผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง³

กลุ่มทดลอง มีระดับความปวดลดลง 51

กลุ่มควบคุม มีระดับความปวดลดลง 44

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9

กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95 % อำนาจการทดสอบ
80 %

$$\begin{aligned} n/gr &= \frac{2(1.96+0.84)^2 9^2}{(51-44)^2} \\ &= 25.92 \sim 26 \end{aligned}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบซักประวัติและตรวจร่างกายทางการแพทย์
แผนไทย ของกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก โรงพยาบาลจังหวัด
2. มาตรฐานระดับความปวดที่วัดด้วย Visual Rating
Scales : VRS ก่อน และหลังการใช้ยาประคบสมุนไพร
รูปแบบสเปรย์ที่บริเวณหลังส่วนล่างของกลุ่มตัวอย่าง
3. แบบติดตามอาการข้างเคียงที่พบหลังใช้ยาประคบ
สมุนไพรรูปแบบสเปรย์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic)
จำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานใน

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้านอาการข้างเคียงใช้เรียงลำดับ
ตามความถี่ที่พบอาการ และเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย
จากการศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนายาประคบสมุนไพร
รูปแบบสเปรย์ และประสิทธิผลด้านการลดระดับความปวด
ในผู้ป่วยโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลจังหวัด
พบว่าประสิทธิผลด้านการลดระดับความปวดได้ดีตั้งแต่
การใช้ครั้งแรก วัดผลหลังใช้ 30 นาที โดยกลุ่มทดลองมี
ระดับความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับยาหลอก
เฉลี่ย 1.96 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษาของ พนิดา
มากบุญชัย, ปิยะนันต์ ฝาชัยภูมิ⁴ ที่ศึกษาประสิทธิผลและ
ความพึงพอใจของสเปรย์สมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวด
กล้ามเนื้อ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน ที่มารับบริการที่
คลินิกการแพทย์แผนไทย OPD คูขุนานแพทย์แผนไทยและ
แพทย์แผนปัจจุบัน โดยใช้แบบประเมินประสิทธิผลและ
ความพึงพอใจจากสิ่งประดิษฐ์ คือ สเปรย์สมุนไพรเพื่อ
บรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิง
พรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบน
มาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้นวัตกรรมส
เปรย์สมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อร้อยละ
53.21 มีอาการปวดเมื่อบริเวณหลังร้อยละ 34.88 สเปรย์
สมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อมีประสิทธิภาพร้อย
ละ 97.89 และการศึกษาของไมตรี กุลบุตร, ฐาปณีย์ หงส์
รัตนารกิจ⁵ ศึกษาผลบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ และ
ความพึงพอใจของตำรับน้ำมันหอมระเหยสูตรผสมในนิตด
พลศึกษา ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลอง กลุ่มเดียววัดก่อนหลัง
มีผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 35 คน กลุ่มตัวอย่างจะประเมิน
อาการปวดกล้ามเนื้อก่อน และหลังการใช้ผลิตภัณฑ์ทา
บริเวณที่ปวด รวมทั้งประเมินความพึงพอใจต่อการใช
ผลิตภัณฑ์ดังกล่าวด้วย แบบประเมินระดับความปวดใช้
มาตรวัดที่เป็นตัวเลข (0-10) แล้วประเมินความพึงพอใจต่อ
ผลิตภัณฑ์ โดยใช้แบบสอบถามในหัวข้อต่าง ๆ ผลการศึกษา
พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดกล้ามเนื้อลดลงอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติ ($p < .001$) หลังการใช้ผลิตภัณฑ์
ความพึงพอใจในภาพรวมของผลิตภัณฑ์อยู่ในระดับมาก
(คะแนนเฉลี่ย 3.77 จากคะแนนเต็ม 5) และการศึกษาใน
ครั้งนี้ได้แสดงให้เห็นว่ายาประคบรูปแบบสเปรย์ที่ผู้วิจัย
ลงบนแผ่นหลังที่มีอาการปวด มีประสิทธิผลในการลดอาการ

ปวดตั้งแต่ครั้งแรกที่ใช้ หากศึกษาต่อไปในระยะเวลาที่ยาวนานกว่านี้ หรือผลของการใช้ต่อเนื่องเป็นประจำก็จะสามารถยืนยันถึงประสิทธิผลด้านการลดอาการปวดได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ส่วนหนึ่งของการลดอาการปวดอาจมาจากสรรพคุณของสมุนไพรในตำรับยา ที่มีสรรพคุณลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ลดอาการอักเสบ เช่น ไพล ซึ่งเป็นส่วนประกอบหลักของยาตำรับนี้ การแช่หรือหมักด้วยเอทานอลซึ่งเป็นการสกัดอย่างง่าย ทำให้สารสำคัญในสมุนไพรออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น และจากการติดตามอาการข้างเคียงในกลุ่มตัวอย่างทุกคนด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นหลังใช้ยาประคบสมุนไพรรูปแบบสเปรย์ ไม่พบอาการข้างเคียงหรือความผิดปกติที่ผิวหนังในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรชนิดนี้ และควรนำมาพัฒนาเพื่อใช้บำบัดรักษากลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณอื่นๆ ต่อไปในอนาคต การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ชื่อ และที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ อย่างไรก็ตามก็มีบุคคลบางกลุ่ม เช่น ผู้กำกับ ดูแล การวิจัย ผู้ตรวจสอบคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จะได้รับอนุญาตให้เข้าถึงข้อมูลโดยตรงจากเวชระเบียน หรือเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อการตรวจสอบ ขั้นตอนการวิจัยและ / หรือ ข้อมูลในการวิจัยโดยไม่ละเมิดการรักษาความลับของท่าน

ภายใต้ขอบเขตที่กฎหมายบัญญัติ และกฎระเบียบ ตามที่ท่านหรือตัวแทน (ที่ได้รับการยอมรับตามกฎหมาย) ได้ลงนามในใบยินยอมที่เป็นลายลักษณ์อักษร หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม ส่งไปที่ นายภูมิณรงค์ วาณิชย์พุดกุล กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลจังหวัดฯ เลขที่ 159 หมู่ 3 ถ.เมืองพระ ต.จังหวัด อ.จังหวัด จ.ร้อยเอ็ด 45000 โทร 043-507122 ต่อ 124

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

ผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 คน แบ่งโดยการสุ่มแบบจับสลากเป็นกลุ่มควบคุม 26 คน และกลุ่มทดลอง 26 คน ซึ่งเป็นกลุ่มผู้มารับบริการที่กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลจังหวัดฯ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้รับคัดเลือกเข้าร่วมการศึกษาตามเกณฑ์การคัดเลือก มีข้อมูลทั่วไป ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป	รายคน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	12(23.07)
หญิง	40(76.92)
ช่วงอายุ	
35 - 40 ปี	5(9.61)
41 - 45 ปี	8(15.39)
46 - 50 ปี	9(17.30)
51 - 55 ปี	10(19.23)
56 - 60 ปี	20(38.47)
การศึกษา	
ประถมศึกษา	21(40.39)
มัธยมศึกษา	12(23.08)
ปวส.	1(1.92)
ปริญญาตรี	18(34.61)

ประสิทธิภาพของยาประคบสมุนไพรรูปแบบสเปรย์ ที่มีต่อการลดระดับความปวดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบระดับความปวดที่วัดด้วย Visual Rating Scales : VRS ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับยาหลอก (Placebo) เอทานอลรูปแบบสเปรย์ และกลุ่มทดลองที่ได้รับยาประคบสมุนไพรรูปแบบสเปรย์ ในขนาดและวิธีเดียวกัน มีผลการศึกษาดังนี้

ลำดับ	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
1	5	4
2	6	3
3	4	2
4	7	2
5	5	3
6	3	2
7	3	2
8	5	2
9	6	4

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงผลการเปรียบเทียบระดับความปวดที่วัดด้วย Visual Rating Scales : VRS ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับยาหลอก (Placebo) เอทานอลรูปแบบสเปรย์ และกลุ่มทดลองที่ได้รับยาประคบสมุนไพรรูปแบบสเปรย์ ในขนาดและวิธีเดียวกัน มีผลการศึกษาดังนี้

ลำดับ	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
10	5	4
11	5	4
12	4	3
13	5	2
14	4	3
15	4	4
16	5	2
17	5	2
18	7	3
19	6	5
20	5	2
21	4	5
22	4	5
23	4	4
24	7	4
25	7	2
26	4	2
เฉลี่ย	5.04	3.08

โดยกลุ่มทดลองมีระดับความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับยาหลอกเฉลี่ย 1.96 คะแนน การศึกษาผลการใช้ยาประคบสมุนไพรรูปแบบสเปรย์ เป็นการศึกษาประสิทธิภาพของยาประคบสมุนไพรรูปแบบสเปรย์ ที่มีต่อการลดระดับความปวดในผู้ป่วยโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง และศึกษาอาการข้างเคียงหลังใช้ผลิตภัณฑ์ยาประคบสมุนไพรรูปแบบสเปรย์ เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ทำการศึกษาในกลุ่มทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน พบว่ามี

ประสิทธิภาพด้านการลดระดับความปวดได้ดีตั้งแต่การใช้ครั้งแรก ให้กลุ่มทดลองได้รับการฉีดพ่นสเปรย์ยาประคบสมุนไพรให้ห่างจากผิวหนัง 30 เซนติเมตร จำนวน 5 ครั้ง หรือจนทั่วผิวหนังบริเวณกล้ามเนื้อหลังที่มีอาการปวดทั้งไว้นาน 30 นาทีโดยไม่ต้องล้างออก หลังจากนั้นวัดระดับความปวดด้วย Visual Rating Scales : VRS พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความปวดเฉลี่ย 3.08 คะแนน กลุ่มควบคุมที่ได้รับยาหลอก (Placebo) ด้วยขนาดและวิธีการเดียวกัน กับกลุ่มทดลอง พบว่ามีระดับความปวดเฉลี่ย 5.04 คะแนน

โดยกลุ่มทดลองมีระดับความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับยาหลอกเฉลี่ย 1.96 คะแนน

จากการติดตามอาการข้างเคียงทั้งสองกลุ่มไม่พบอาการข้างเคียงรุนแรงระหว่างการศึกษาสรุปได้ว่า การฉีดสเปรย์ยาประคบสมุนไพร สามารถลดระดับความปวดแบบทันทีได้มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับยาหลอก และไม่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอาการปวดมากขึ้นหลังรับการรักษา มีประสิทธิภาพในด้านลดอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างและมีความปลอดภัยในการใช้

วิจารณ์

จากการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลแบบทันทีของนวัตกรรมที่ผู้วิจัยคิดค้นขึ้นมา จากการนำสมุนไพรสดในลูกประคบ มาทำการสกัดอย่างง่ายด้วยการหมักในเอทานอล และทำการทดสอบประสิทธิผลด้านการลดระดับความปวดในกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยทำการศึกษาผลเปรียบเทียบก่อนและหลังใช้นาน 30 นาที เพียงครั้งเดียว เพื่อยืนยันผลของการใช้แบบทันที ซึ่งอาจจะยังไม่เพียงพอในการใช้ข้อมูลการศึกษาในครั้งนี้ยืนยันผลการใช้ในระยะยาว จำเป็นต้องมีการศึกษาต่อยอดเพิ่มเติมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น
2. เพิ่มระยะเวลา จำนวนครั้งของการใช้ผลิตภัณฑ์ เพื่อยืนยันถึงประสิทธิผลด้านการลดอาการปวด และติดตามอาการข้างเคียงในระยะยาว
3. พัฒนาสูตรยาประคบสมุนไพรที่แตกต่างออกไป เพื่อสามารถใช้กับผู้ป่วยในหลายกลุ่มอาการมากยิ่งขึ้น
4. ศึกษาประสิทธิผลในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณอื่น ๆ เช่น ปวดข้อเข่า ปวดขา ปวดแขน ปวดไหล่ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่อง ผลการใช้ยาประคบสมุนไพรรูปแบบสเปรย์ ที่มีต่อการลดระดับความปวดในผู้ป่วยโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลจังหวัด สามารถดำเนินการจนประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์และสนับสนุนเป็นอย่างดีจาก นายแพทย์ ชนากร ศิริชะภูมิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัดร้อยเอ็ด ที่ได้ให้คำปรึกษา แนะนำ ข้อคิด และอนุญาตในการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยที่มารับบริการของโรงพยาบาลจังหวัด จนกระทั่งการวิจัยครั้งนี้สำเร็จเรียบร้อยด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. สุกัญญา อังศิริกุล, น้าอ้อย ภักดีวงศ์, วารินทร์ บินโฮเซ็น. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.มกราคม - มีนาคม 2559 ; 24(1) :39-49.
2. สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ; 2547.
3. นิชาภา พาราศิลป์, ศิริทิพย์ คำฟู, อรรถมน ธรรมไชย. การเปรียบเทียบผลของแผ่นประคบร้อนสมุนไพรไทย และแผ่นประคบร้อน ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง : การทดลองแบบสุ่มและ มีกลุ่มควบคุม. ศรีนครินทร์เวชสาร.2560 ; 32(4) :372-8.
4. พนิดา มากบุญ, ปิยะนันต์ผาชัยภูมิ. สเปรย์สมุนไพรบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ. กลุ่มงานการแพทย์แผนไทย. โรงพยาบาลภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ. 2560.
5. ไมตรี กุลบุตร, ธาปณีย์ หงส์รัตนารกิจ. ผลบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อและความพึงพอใจของตำรับน้ำมันหอมระเหยสูตรผสม. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี). 2558 ; 7(13) : 50-64.

การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสที ยก ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of manual for ST Elevated Acute Myocardial Infarction Nursing Care (ST-Elevated Myocardial Infarction : STEMI) Receiving antithrombotic : Cases study 2 Case.

พุทธรักัญญา นารทศิลับ*

Putthakunya Narthasilpa

Corresponding author : E-mail :

(Received : June 29, 2020 ; Revised : July 20, 2020 ; Accepted : July 30, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสที ยก ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด
กรณีศึกษา 2 ราย

วัสดุและวิธีการวิจัย : เป็นกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสที ยก ที่ได้รับยาละลาย
ลิ่มเลือด 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม โดยศึกษาประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การซักประวัติ
ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ การวางแผนการพยาบาลตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์
ดอนและแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI
ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ปัญหาการพยาบาลรวมถึงการวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาที่ 1 เป็น Anterior Wall STEMI เกิดเลือดออกบริเวณเหงือกซึมตามไรฟัน อาการไม่รุนแรง
ประเมินและให้การพยาบาล รายงานแพทย์ให้การรักษา ผู้ป่วยปลอดภัย กรณีศึกษาที่ 2 เป็น Inferior Wall STEMI
เกิดภาวะ Cardiogenic Shock และ Short run VTพยาบาลประเมินอาการอย่างรวดเร็ว แผลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจและสัญญาณ
ชีพรายงานแพทย์ทันที ให้การรักษายาบาลที่ถูกต้องรวดเร็ว และส่งต่อผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

สรุป : ผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างของตำแหน่งกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้รับการประเมิน
สุขภาพ การคัดกรองและปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์โดยพยาบาลเป็น
ผู้ดูแล มีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญที่เหมาะสม เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง รายงานแพทย์
ให้การรักษาทันที ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

คำสำคัญ : กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียก ; การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอบริบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาสารคาม

ABSTRACT

Purpose : To study the nursing care of the patients with STS acute myocardial infarction receiving fibrinolysis in 2 case studies.

Materials and Methods : Descriptive study 2 case study the nursing of STC patients with acute hemorrhagic stroke who received 2 antithrombotic drugs who were admitted to Maha Sarakham Hospital. By study to patient's inpatient medical records. The patients and relatives history taking, observation, comparative data analysis Nursing planning based Gordon's health pattern and nursing guidelines for surveillance and prevention of complications in patients with acute myocardial infarction STEMI receive thrombotic drugs. Nursing problems, including discharge plan.

Main findings : The case 1 Anterior Wall STEMI. Bleeding around the gums permeates the teeth. Mild symptoms Assess and provide nursing Report a doctor for treatment Patient safe. The case 2 Inferior all STEMI, causing cardiogenic shock and short run VT. Nurses quickly assess symptoms. Interpret ECG and vital signs, report a doctor immediately Providing fast and accurate medical care and safely transfer patients.

Conclusion : The patients both Streptokinase was different in myocardial position. The health assessment, screening of nursing guidelines under Evidence-Based, nursing have the appropriate competency and expertise. Monitoring of changes quickly, accurately, and report the doctor immediately Can help reduce the death rate of patients.

Keywords : ST lift acute myocardial infarction ; nursing care for patients receiving fibrinolytic drug

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ของหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย จากสถิติสาธารณสุขของประเทศพบว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากมะเร็งและการบาดเจ็บ

โรงพยาบาลมหาสารคามเป็นเครือข่ายให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจตุนิยม ระดับ 3 โดยมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระบบช่องทางด่วน (STEMI Fast Track) พบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในโรงพยาบาล ปี 2559 - 2561 เท่ากับ 1.12%, 4.84% และ 7.59% ตามลำดับ มีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการ เจ็บแน่นอกรุนแรงเฉียบพลัน หรือเจ็บขณะพักนานกว่า 20 นาที ถ้ามีอาการไม่เกิน 12 ชั่วโมง จะได้รับ

การเปิดหลอดเลือดด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งระหว่างให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) กับการทำบอลลูนใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI : Primary Percutaneous Coronary Intervention)¹ ซึ่งโรงพยาบาลมหาสารคามสามารถรักษาได้เฉพาะการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) ถ้าเกินศักยภาพจะส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลตุนิยมที่มีศักยภาพเพียงพอ

หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ โรงพยาบาลมหาสารคามให้การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด จากข้อมูลสถิติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่ามีผู้ป่วยกลุ่มนี้จำนวน 89, 62, 79 ราย และได้รับยาละลายลิ่มเลือดจำนวน 36, 21 และ 25 ราย ตามลำดับ ซึ่งจากการให้การพยาบาลพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase เกิดภาวะแทรกซ้อนหัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ เลือดออกบริเวณเหงือก ปัสสาวะเป็นเลือดจำนวน 19, 8 และ 13 ราย

การให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง สามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วยได้ถึง 30% ถือเป็นการรักษาตามมาตรฐานในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดนี้ ซึ่งถูกใช้มากขึ้นในผู้ป่วยที่มีอาการน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ชั่วโมง² การเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันให้เร็วที่สุดจะมีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตโดยตรงยิ่งระยะเวลาในการเริ่มรักษายาช้าเพียงใดประโยชน์ที่จะได้รับก็น้อยลงโอกาสที่จะเปิดหลอดเลือดที่อุดตันเป็นผลสำเร็จลดลง¹ ยาละลายลิ่มเลือดที่ใช้รักษาผู้ป่วยในปัจจุบันที่ใช้อยู่ได้แก่ สเตรปโตไคเนส (Streptokinase [SK]) ซึ่งสกัดจากเชื้อแบคทีเรียกลุ่มซีสเตต้าอีโมไลติก (Group C Betahaemolytic) มีน้ำหนักโมเลกุล 45,000-50,000 ดอลตัน จะออกฤทธิ์กระตุ้นพลาสมิโนเจน (Plasminogen) ให้เปลี่ยนเป็นพลาสมิน (Plasmin) ซึ่งจะเป็นตัวย่อยโปรตีนในพลาสมา (Fibrinogen) ได้แก่ ไฟบริโนเจน และโปรตีนสร้างเส้นใย (Fibrin) บนก้อนลิ่มเลือดที่บริเวณหลอดเลือดและในกระแสเลือด ทำให้ก้อนเลือดที่อุดตันในหลอดเลือดสลายไป โดยสเตรปโตไคเนสจะมีค่าครึ่งชีวิต (Half Life) อยู่ได้นาน 18-23 นาที ซึ่งความสามารถของการแข็งตัวของเลือดลดลง (Systemic Hypocoagulability) นานถึง 24-36 ชั่วโมง ในระยะเวลาดังกล่าวควรระมัดระวังการให้ยา ไข้ยาขนาด 1.5 ล้านยูนิต ผสมในสารละลาย 5% Dextrose หรือ 0.9 % Normal Saline 100 มิลลิลิตร โดยเดิมอย่างช้าๆ ช่างขวดแล้วหมุนเอียงขวดอย่างช้า ๆ ไม่ควรเขย่าขวด เนื่องจากจะทำให้เกิดฟอง หลังผสมยาแล้วสามารถเก็บยาไว้ในตู้เย็นอุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส เก็บได้นาน 24 ชั่วโมงและ 25 องศาเซลเซียสเก็บได้ได้นาน 8 ชั่วโมง ให้ทางหลอดเลือดดำโดยการหยดในเครื่องหยดสารละลาย (Infusion Pump) ภายในระยะเวลา 30-60 นาที⁴

การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ควรอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เพื่อประเมินอาการที่เปลี่ยนแปลงซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตได้อย่างปลอดภัย³ การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ชนิดที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ดังนั้นก่อนการได้รับยาละลายลิ่มเลือดจะต้องมีการประเมินปัจจัยเสี่ยงทุกครั้ง⁵ และในขณะเดียวกันจะต้องติดตามให้การดูแลต่อเนื่อง ทั้งขณะและหลังการได้รับยา จะต้องมีการติดตามประเมินเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ภาวะเลือดออกในสมองหรือมีเลือดออกในตำแหน่งอื่น ๆ การเดินผิดปกติของหัวใจ และการแพ้ยา⁷

ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด เอสทียกที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ กายวิภาคศาสตร์ สรีระวิทยาของหัวใจ พยาธิกำเนิดของโรค การวินิจฉัย อาการ อาการแสดงตลอดถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ลดอัตราการตายหรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยได้ การประเมินอย่างรอบคอบจะทำให้การดูแลรักษาเกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เกิดความปลอดภัยต่อชีวิตส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตที่ลดลง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสที ยก ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสที ยก ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม โดยศึกษาประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยในการซักประวัติผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ การประเมินภาวะสุขภาพตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนและปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ปัญหาทางการพยาบาลรวมถึงการวางแผนจำหน่าย

ผลการวิจัย

กรณีศึกษาที่ 1 ชายไทยวัย 72 ปี น้ำหนัก 50 กิโลกรัม สูง 160 เซนติเมตร ผสมสันสีน้ำตาลขาว สถานะคู่ เป็นผู้สูงอายุไม่ได้ทำงาน 8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะแปร่งพื้นมีอาการเจ็บอกด้านขวา จุกใต้ลิ้นปี่ เป็นประมาณ 5 นาที นิ่งพักดีขึ้น ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลชุมชน ถึงห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วันที่ 10 มกราคม 2563 เวลา 13.00 น. ผู้ป่วยทำทางไม่สุขสบาย อัตราหายใจ 20 ครั้ง/นาที วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/73 มิลลิเมตรปรอท Pain score 0/10 O2sat 95% ทำ EKG 12 Lead พบ inverted T at I, aVL, V1-V6 แพทย์ส่งปรึกษาแพทย์โรงพยาบาลมหาสารคาม วินิจฉัย NSTEMI R/O Wallen syndrome ให้ยารับประทาน ASA (grV) 1 tab เคี้ยวทันที Plavix (75) 4 tabs ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9 % NSS 1,000 ml iv drip 40 ml/hr ส่งตัวไปรับการรักษาต่อ ถึงโรงพยาบาลมหาสารคามเวลา 16.57 น. ผู้ป่วยสีหน้าทำทางอ่อนเพลีย อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 65 ครั้ง/นาที อัตราหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/82 มิลลิเมตรปรอท O2sat 97% DTX = 137 mg% Pain score 3/10 ฟังเสียงปอดปกติ ฟังเสียงหัวใจปกติ ส่งตรวจ CXR ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ Trop-T, CBC,BS, BUN ,cr, Electrolyte, PT, PTT, INR ส่งเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 เวลา 17.10 น. สภาวะผู้ป่วยแรกเริ่ม รู้สึกตัวดี อัตราหายใจ 24 ครั้ง/นาที ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ 64 ครั้ง/นาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจแสดง Normal sinus Rhythm สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส, ชีพจร 65 ครั้ง/นาที, อัตราหายใจ 24 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 134/89 มิลลิเมตรปรอท Pain score 3/10 ผล Trop-T 65.99 เวลา 22.00 น. ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกเพิ่มขึ้น Pain score 5/10 ทำ EKG 12 lead รายงานแพทย์ตรวจเย็บอาการ ติดตามผล Trop-T 37.92 ผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจแสดง ST Elevated V1-V3 ส่งปรึกษาศูนย์หัวใจสิริกิติ์ แพทย์วินิจฉัยเป็น Anterior Wall STEMI ให้ drip Streptokinase 1.5 mu in 0.9 % NSS 100 ml drip in 1 hr ย้ายผู้ป่วยไปให้ยาที่หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ แพทย์แจ้ง

อาการ แผนการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล รับทราบความเสี่ยงจากการได้รับยาประเมินข้อห้ามการให้ยาละลายลิ่มเลือด ไม่มีข้อห้าม ให้ญาติผู้ป่วยลงนามยินยอมรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยแรกเริ่มไว้ในกรดูแลที่หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ 23.40 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการเจ็บอก Pain score 5/10 สัญญาณชีพอุณหภูมิ 35.9 องศาเซลเซียส, อัตราหายใจ 16 ครั้ง/นาที, ชีพจร 74 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 133/87 มิลลิเมตรปรอท, Sat O2 100% วัดความดันโลหิต 4 ระยะ ย่างค์ แขนขวา ความดันโลหิต 136/84 มิลลิเมตรปรอท , ขาขวาความดันโลหิต 128/78 มิลลิเมตรปรอท, แขนซ้าย ความดันโลหิต 136/80 มิลลิเมตรปรอท, ขาซ้ายความดันโลหิต 132/82 มิลลิเมตรปรอท เริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase drip 1.5 mu in 0.9 % NSS 100 ml drip in 1 hr ด้วยเครื่อง Infusion pump ทางหลอดเลือดดำ Monitor EKG วัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด เริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด เวลา 23.40 น.อุณหภูมิ 35.9 องศาเซลเซียส, อัตราหายใจ 16 - 18 ครั้ง/นาที, ชีพจร 67 - 74 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 126/85 - 137/83 มิลลิเมตรปรอท, Sat O2 100 % หลังจากให้ยาละลายลิ่มเลือดหมด วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที ก่อนส่งต่อวันที่ 11 มกราคม 2563 เวลา 01.00 น. ชีพจร 67 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 18 ครั้ง / นาที, ความดันโลหิต 124/84 มิลลิเมตรปรอท Sat O2 100 % ให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด พบว่าหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด Pain score 0/10 ผู้ป่วยมีเลือดออกบริเวณไรฟัน ชิมตามเหงือก ปริมาณไม่มาก ให้การพยาบาลโดยใช้สำลีแห้งซับ ตรวจดูบริเวณช่องปากไม่มีเลือดออกเพิ่ม รายงานแพทย์ตรวจเย็บอาการ แจ้งผู้ป่วยว่าเกิดจากการได้รับยา แนะนำให้ผู้ป่วยระมัดระวังการแปรงฟัน หากพบว่ามีเลือดออกเพิ่มขึ้นให้แจ้งเจ้าหน้าที่ 01.10 น. แพทย์แจ้งแนวทางการรักษาและการส่งตัวไปรักษาต่อที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ เพื่อทำการตรวจวินิจฉัยเกี่ยวกับเส้นเลือดหัวใจ เช่น การฉีดสี และให้การรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยและ

ญาติเข้าใจดีและให้ความร่วมมือลงลายมือชื่อเพื่อที่จะส่งตัวไปรักษาต่อที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ส่งต่อเวลา 01.15 น.

กรณีศึกษาที่ 2 ชายไทยวัย 47 ปี รูปร่างสมส่วน น้ำหนักประมาณ 70 กิโลกรัม สูงประมาณ 165 เซนติเมตร ผนังสันสีดำ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ขณะอาบน้ำมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ร้าวจากท้องไปอกที่คอ หลังอาบน้ำเสร็จอาการเจ็บอกเพิ่มขึ้น เหงื่อออก ตัวเย็น ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล ถึงห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วันที่ 28 กรกฎาคม 2562 เวลา 08.35 น. สัญญาณชีพแรกพบ อุณหภูมิ 36.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 61 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 119/85 มิลลิเมตรปรอท Pain score 6/10, DTX= 149 mg%, O₂sat 98 % ทำ EKG 12 Lead พบ EKG Show II, III, aVF แพทย์ให้ทำ V3R, V4R วินิจฉัยเป็น Inferior Wall STEMI ให้ยาปรับประสาธา ASA (grV) 1 tab เคี้ยวทันที Plavix (75) 4 tabs ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9 % NSS 1,000 ml drip 20 ml/hr เวลา 8.45 น. ความดันโลหิต 90/70 มิลลิเมตรปรอท แพทย์มีคำสั่งให้ load 0.9 % NSS 200 ml หลัง load iv ความดันโลหิต 110/92 มิลลิเมตรปรอท ฟังเสียงปอดปกติ ไม่มี Creptitation ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ Trop-T, CBC,BS, BUN,cr, Electrolyte, PT, PTT, INR แพทย์เฝ้าอาการแสดง แผนการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ ผู้ป่วยและญาติมีสิทธิวิตกกังวล รับทราบความเสี่ยงจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ประเมินข้อห้ามการให้ยาละลายลิ่มเลือด วัดความดันโลหิต 4 ระยะยงค์ แขนขวาความดันโลหิต 124/96 มิลลิเมตรปรอท , แขนซ้ายความดันโลหิต 138/82 มิลลิเมตรปรอท, แขนซ้ายความดันโลหิต 118/85 มิลลิเมตรปรอท, ขาซ้ายความดันโลหิต 131/91 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีข้อห้าม ให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด เริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase drip 1.5 mg in 0.9 % NSS 1,000 ml drip in 1 hr ด้วยเครื่อง Infusion pump ทางหลอดเลือดดำ Monitor EKG ไว้ ส่งต่อผู้ป่วยไปหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจเพื่อดูแลต่อเนื่อง เวลา 09.15 น. สัญญาณชีพก่อนย้าย อุณหภูมิ 36.0 องศาเซลเซียส, ชีพจร 70 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต

116/91 มิลลิเมตรปรอท Sat O₂= 100 % แรกพบไว้ใน การดูแลที่หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ 73 ครั้ง/นาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจแสดง ST-Elevated Lead II สัญญาณชีพแรกพบ อุณหภูมิ 36.0 องศาเซลเซียส, ชีพจร 73 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 103/72 มิลลิเมตรปรอท Pain score 5/10 ให้ Oxygen Canular 3 L/min ให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด วัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที เริ่มเวลา 9.35 - 10.35 น. อุณหภูมิ 36.0 องศาเซลเซียส, ชีพจร 42 - 107 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 66/46 - 132/64 มิลลิเมตรปรอท Pain score 6/10 ระหว่างให้ยาละลายลิ่มเลือด 09.55 น. ผู้ป่วยมีภาวะ Cardiogenic Shock แพทย์ให้ Load 0.9 % NSS 800 ml iv ความดันโลหิต 74/53 mmHg หลัง load iv ผู้ป่วยยังมีภาวะ Shock รู้สึกตัวดี อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที 10.00 น. ความดันโลหิต 66/46 mmHg แพทย์ให้ยา Dopamin (2:1) 5 ml/hr titrate ถึง 30 ml/hr ความดันโลหิต 84/48 mmHg 10.19 น. ความดันโลหิต 86/51 mmHg แพทย์ให้ยา Levophed (4:250) เริ่ม 5 ml/hr คู่กัน 10.25 น. ความดันโลหิต 96/63 mmHg ระหว่างให้ยา Monitor EKG คลื่นไฟฟ้าหัวใจแสดง Short run VT รายงานแพทย์ ให้ยา Lidocain 50 mg iv push หลังให้ยา EKG กลับมาแสดง ST-elevated อัตรา 87 ครั้ง/นาที แพทย์มีคำสั่งให้ยา Lidocain (4:1) 15 ml/hr titrate ถึง 30 ml/hr เพื่อควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Pain score 5/10 หลังจากให้ยาละลายลิ่มเลือดหมด วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที ประเมินติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด พบว่า ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด การเปิดหลอดเลือดด้วยยา ผู้ป่วยเกิดภาวะ Cardiogenic Shock แพทย์ตรวจเย็บอาการ แจ้งอาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น แผนการรักษาและแนวทางการส่งตัวไปรักษาต่อที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ เพื่อทำการตรวจวินิจฉัยเกี่ยวกับเส้นเลือดหัวใจ เช่น การฉีดสี และให้การรักษาต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยรับทราบ ญาติยังมีสิทธิวิตกกังวล สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย

37.7 องศาเซลเซียส, อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที, ชีพจร 78 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 131/79 มิลลิเมตรปรอท, Sat O2 100 % ผู้ป่วยและญาติเข้าใจดีและให้ความร่วมมือลงลายมือชื่อเพื่อที่จะส่งตัวไปรักษาต่อที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ เวลา 11.10 น.

ข้อมูลกรณีศึกษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียก ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ทั้งสองรายเป็นเพศชาย แตกต่างกันด้านอายุ ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว พยาธิสภาพการเกิดโรคต่างกัน และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เหมือนกันคือมีประวัติการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบ ดังข้อมูลทั่วไปในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	72	47
อาชีพ,รายได้	ผู้สูงอายุไม่ได้ทำงาน	รับจ้างทั่วไป 9,000 บาท/เดือน
การศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 4	มัธยมศึกษาปีที่ 6
โรคประจำตัว	ไม่มี	ไม่มี
ประวัติครอบครัว	ไม่มี	บิดาป่วยเป็นโรคเบาหวาน
ประวัติเจ็บป่วยในอดีต	ไม่มี	ไม่มี
ประวัติแพ้ยา/สารเคมี/อาหารทะเล	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
ประวัติการผ่าตัด	ปฏิเสธ	ผ่าตัดไส้เลื่อนปี 2548
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	เจ็บหน้าอก เจ็บจุกใต้ลิ้นปี่ ด้านขวา เป็นนาน 4-5 นาที พักแล้วหาย กังวลใจจึงมารพ.	เจ็บแน่นหน้าอก เหงื่อออก ตัวเย็น เป็นก่อนมา รพ.
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	7 วันก่อนมา เจ็บหน้าอก เป็นๆหายๆ จุกใต้ลิ้นปี่ เป็นตอนอาบน้ำแปร่งฟัน ประมาณ 4-5 นาที พัก แล้วหาย 8 ชั่วโมงก่อนมา เจ็บหน้าอก รู้สึกกังวลใจ จึงมา รพ.	30 นาทีก่อนมา รพ. ขณะ อาบน้ำ แน่นหน้าอก จุกท้อง แน่นไปถึงคอ เหงื่อออก ตัวเย็น จึงรีบมา รพ.
การวินิจฉัย	Anterior Wall STEMI ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เจ็บหน้าอก ด้านขวา Pain score 0/10	Inferior Wall STEMI ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เหงื่อออก ตัวเย็น แน่นหน้าอก จุกท้อง

ตารางที่ 1 (ต่อ) เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	T = 36.9 องศาเซลเซียส	แน่นไปถึงคอ
	P = 76 ครั้ง/นาที	T = 36.0 องศาเซลเซียส
	R = 20 ครั้ง/นาที	P = 73 ครั้ง/นาที
	BP = 136/73 mmHg	R = 16 ครั้ง/นาที
		BP = 103/71 mmHg
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	TNT Hight sense (0-14)	TNT Hight sense (0-14)
	= 65.99, 37.92	= 3.47
	DTX 137 mg%	DTX 149 mg%
	BUN 22 cr 1.02	BUN 17 cr 0.99
	Na 138, Cl ⁻ 103	Na 140, Cl ⁻ 103
	K 4.4 TCO ₂ 28	K 3.4 TCO ₂ 22
	PT = 11.4, PTT = 23.1	PT = 12.1, PTT = 23.1
	INR = 0.9	INR = 1.0
ยาที่ได้รับ	ASA (gr V) 1 tab oral	ASA (gr V) 1 tab oral
	Plavix (75mg) 4 tabs oral	Plavix (75mg) 4 tabs oral
	Streptokinase 1.5 mu iv	Streptokinase 1.5 mu iv
		Dopamin (2:1) iv 30 ml/hr
		Levophed (4:250) iv 5 ml/hr
		Lidocain 50 mg iv
		Lidocain (4:1) iv 15 mi/hr
Chest X-Ray	Killip class I	Killip class I
ภาวะแทรกซ้อน	Bleed per gum	Cardiogenic Shock
		Bradycardia, Short run VT
วันนอนโรงพยาบาล	1 วัน	1 วัน

จากประวัติเจ็บป่วยในอดีต ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว การสูบบุหรี่ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล การวินิจฉัย การได้รับยาละลายลิ่มเลือด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การรักษาที่ได้รับ จะพบว่า กรณีศึกษา

รายที่ 1 หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด เกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกตามไรฟันเล็กน้อย ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีประวัติในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน อาการสำคัญที่มาเจ็บหน้าอก จุกแน่นมาที่ลำคอ เหงื่อออก ตัวเย็นชัดเจน แพทย์

วินิจฉัย Inferior Wall STEMI มี RV Infarction ความดันโลหิตต่ำตั้งแต่แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งพยาบาลต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดขณะผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด เพื่อติดตามประเมินสัญญาณชีพและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น หลังผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดประมาณ 20 นาที ผู้ป่วยเกิดภาวะ Cardiogenic shock ซึ่งเป็นไปตามการ

ศึกษาวิจัยว่า ผู้ป่วยจะเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดประมาณ 20 นาทีขึ้นไปซึ่งเส้นเลือดหัวใจจะเปิดหลังได้รับยา^๘ ได้รายงานแพทย์ ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันที ทั้งนี้พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน กับกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง	1. รับทราบภาวะสุขภาพของตนเอง ไม่มีโรคประจำตัว สูบบุหรี่มีตนเอง 2-3 มวน/วัน มาประมาณ 50 ปี ดื่มสุราสัปดาห์ละ 3-4 วัน วันละ 150 ml	1. รับทราบภาวะสุขภาพของตนเอง ไม่มีโรคประจำตัว สูบบุหรี่วันละ 3-5 มวน/วัน ประมาณ 30 ปี ดื่มสุรา นานๆครั้ง
2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	รับประทานอาหารตรงเวลาครบ ประเภทผักผลไม้ ปลา	รับประทานอาหารตรงเวลา ครบ 3 มื้อ อาหารรสจัด
3. การขับถ่ายของเสีย	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระทุกวัน ปัสสาวะปกติวันละ 3-4 ครั้ง	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระทุกวัน ปัสสาวะปกติวันละ 3-4 ครั้ง
4. การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม	ไม่มีรูปแบบการออกกำลังกายที่ชัดเจน	ไม่มีรูปแบบการออกกำลังกายที่ชัดเจน
5. การพักผ่อนนอนหลับ	ไม่พบปัญหาในการนอนหลับ	ไม่พบปัญหาในการนอนหลับ
6. การรับรู้สติปัญญา	รู้สึกตัวดี สื่อสารได้ อ่านออก เขียนได้ จบประถมศึกษาปีที่ 6	รู้สึกตัวดี สื่อสารได้ อ่านออก เขียนได้ จบมัธยมศึกษาปีที่ 6
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	รับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง ต้องรักษาและดูแลตนเอง ต่อเนื่อง	รับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง ต้องรักษาและดูแลตนเอง ต่อเนื่อง มีความวิตกกังวล ถึงความสามารถการทำงาน

ตารางที่ 2 (ต่อ) เปรียบเทียบข้อมูลตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน กับกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
8. บทบาทและความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	ผู้ป่วยไม่ได้ทำงาน อาศัยอยู่กับ บุตรสาว บุตรเขย ภรรยา และหลาน ทุกคนในครอบครัว รักกันดี	ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว อาศัยอยู่กับภรรยา มีบุตร 2 คน รักใคร่กันดี
9. เพศและการเจริญพันธุ์	ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ไม่มีเพศสัมพันธ์มากกว่า 10 ปี	ผู้ป่วยเป็นชายวัยกลางคน มีเพศสัมพันธ์ตามปกติ
10. การเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด	เมื่อมีปัญหาจะปรึกษาภรรยา และบุตร พึ่งพาตนเองได้ ไม่ทำตัวเป็นภาระต่อผู้อื่น	เมื่อมีปัญหาจะปรึกษาภรรยา สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหา ได้ด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่
11. คุณค่าและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญและ เชื่อเรื่องบาปบุญ	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญ ตามเทศกาล

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียก ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

การปฏิบัติการพยาบาล	การวิเคราะห์
1. ระยะก่อนได้รับยาละลายลิ่มเลือด กิจกรรมการพยาบาล - คัดกรอง ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที - ประเมินข้อห้ามการได้รับยาละลายลิ่มเลือด - ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล - ให้ผู้ป่วยหรือญาติลงนามยินยอมรับการรักษ - ให้ 0.9% NSS 1,000 ml ทางหลอดเลือดดำ แขนซ้าย	- ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการพยาบาลในระยะ ก่อนได้รับยาละลายลิ่มเลือดในหอผู้ป่วยที่ต่างกัน ผู้ป่วยรายที่ 1 อยู่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 ผู้ป่วย รายที่ 2 อยู่ที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะพบว่า ไม่ว่าจะคัดกรองประเมินผู้ป่วยแรกรับ ที่หอผู้ป่วยใด พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนว ทางการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้เหมือนกันทุกที่
2. ระยะได้รับยาละลายลิ่มเลือด กิจกรรมการพยาบาล - ให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 mu ผสมใน 0.9% NSS 100 ml ทางหลอดเลือดดำ แขนซ้าย ผ่าน Infusion pump อัตรา 100 ml/hr	- ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับยาละลายลิ่มเลือด และเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดโดยพยาบาล ที่มีความรู้ความชำนาญ ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ การพยาบาล และสามารถติดตามประเมินผู้ป่วย โดยพบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 หลังให้ยาละลาย

ตารางที่ 3 (ต่อ) การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียก ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

การปฏิบัติการพยาบาล	การวิเคราะห์
-ให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ เฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดSTEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด	ลิ่มเลือดเกิด Bleed per gum ผู้ป่วยรายที่ 2 เกิด Cardiogenic shock, Bradycardia, Short run VT รายงานแพทย์ทันที และให้การรักษา พยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัย
3.ระยะหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด กิจกรรมการพยาบาล	- หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยได้รับ แจ้งอาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกิด รวมถึง แนวทางการรักษา การส่งต่อ การปฏิบัติตัว เพื่อวางแผนการจำหน่าย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติซักถาม ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิด ความเข้าใจ คลายความวิตกกังวลได้
-ประเมินภาวะแทรกซ้อน -ให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัว การดูแลต่อเนื่อง -เตรียมตัวผู้ป่วยและญาติก่อนส่งต่อ เพื่อรับการรักษา	

วิจารณ์

จากการศึกษาและเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่ามีความแตกต่างด้านอายุ อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน อาการและอาการแสดง ผู้ป่วยกรณีศึกษา ที่ 1 อาการเจ็บหน้าอกเป็น ๆ หาย ๆ มา 7 วัน มีความกังวลใจจึงมาโรงพยาบาล ครั้งแรกได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหัวใจขาดเลือดชนิดเอสทีไม่ยก ต่อมาอาการเจ็บอกเพิ่มมากขึ้น พยาบาลประเมินคัดกรองและรายงานแพทย์ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียก ซึ่งพบว่าหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด มีภาวะแทรกซ้อน เลือดออกตามไรฟันเล็กน้อย ถูกส่งตัวไปรับการรักษาต่อ ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 มีประวัติในครอบครัวเป็นเบาหวาน ไม่เคยตรวจสุขภาพ มีอาการเจ็บหน้าอก เหงื่อออก ตัวเย็น ถึงโรงพยาบาลพบมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียก ร่วมกับ RV Infarction มีความดันโลหิตต่ำ ได้รับการให้สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำ หลังเริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือดเกิด Cardiogenic shock, Bradycardia, Short run VT ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิดโดยพยาบาลที่มี

ความเชี่ยวชาญ มีความรู้ความสามารถในการติดตามประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง รายงานแพทย์ให้การรักษายาพยาบาลทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยก่อนส่งตัวไปรับการรักษาต่อ การดูแลรักษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการปฏิบัติโดยสหสาขาวิชาชีพ มีมาตรฐานการรักษา มีแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลที่นำมาใช้ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเพิ่มคุณภาพในการดูแล ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลหอผู้ป่วยสามัญควรมีการฟื้นฟูความรู้และสมรรถนะในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด
2. ควรมีแนวปฏิบัติการพยาบาลรายโรคอื่น ๆ ที่มีความรุนแรงและมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง

เอกสารอ้างอิง

1. ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล และคณะ. Acute Coronary Syndrome. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2560.

2. สุรพันธ์ สิทธิสุข. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ; 2557.
3. Thygesen K, Alpert JS, Simoons ML, Chaitman BR, White HD, et al. Third universal definition of myocardial infarction. Circulation, 2012; 126(20) : 126-35.
4. ธนวัฒน์ เบญจนาวัตร. 2012 Update Coronary Revascularization. ใน อภิชาติ สุคนธทรัพย์, ศรัณย์ ควรประเสริฐ (บรรณาธิการ). Cardiovascular medicine : the new balance, เชียงใหม่ : ทรिक อินค์, 2555 : 155-66.
5. อภิชาติ สุคนธทรัพย์. ESC Guideline for the Management of Acute Coronary Syndrome In Patients Presenting without Persistent ST-segment elevation ใน อภิชาติ สุคนธทรัพย์, ศรัณย์ ควรประเสริฐ (บรรณาธิการ). Cardiovascular medicine: the new balance. เชียงใหม่: ทรिक อินค์, 2555 : 95-122.
6. Antman EM, Cohen M, Bernink PJ, et al. TIMI risk score for unstable angina/non-ST-Elevation MI : a method for prognostication and therapeutic decision marking. JAMA, 2000 ; 284-835.
7. กัมปนาท วีระกุลและ จิตติ โฆษิตชัยวัฒน์. 7R การลดอัตราการตายในโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2557.
8. เทิดไท้ ทองอ่อน. ตำราสรีรวิทยาเรื่องสรีรวิทยาระบบหัวใจร่วมหลอดเลือด : Physiology of the cardiovascular system. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2555.

**ผลของกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงสำหรับญาติผู้ป่วย
ที่รอตรวจงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตน์จังหวัดร้อยเอ็ด**
**The Effect of Emergency Severity Communication box for Patient Relatives
at Emergency Department of Pathumrat Hospital Roi-Et Province.**

มนิรัตน์ แข็งแรง*, สุพัตรา ไชยสิทธิ์*, ปฎิวัติ โอชะพนม*

Corresponding author : Email : kotabaw@gmail.com

(Received : June 29, 2020 ; Revised : July 20, 2020; Accepted : July 30, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงสำหรับญาติผู้ป่วยที่รอตรวจงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยที่นำรถตรวจทำงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้รับการเลือกแบบสุ่ม (Randomization) กลุ่มละ 33 คน กลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลจากนวัตกรรมกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงและแบบประเมินผลของนวัตกรรมกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงที่ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้และเข้าใจต่อการจัดระดับความรุนแรงทดสอบด้วยสถิติ Paired t- test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย : กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้และความเข้าใจมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 3 ด้านคือด้านการรับรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการเจ็บป่วย ($p = .003$) ด้านการรับรู้ระดับความรุนแรง ($p < .001$) และ ด้านการรับรู้ระยะเวลารอคอย ($p < .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงส่งผลให้ญาติผู้ป่วยมีการรับรู้และความเข้าใจต่อการจัดระดับความรุนแรงของผู้ป่วยฉุกเฉินสอดคล้องกับการคัดกรองของบุคลากรทางการแพทย์ จึงควรนำไปใช้งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

คำสำคัญ : กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง ; อาการฉุกเฉินระดับความรุนแรง ; ญาติผู้ป่วย

* งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตน์

ABSTRACT

Purpose : To study the effect of emergency severity communication box for patient relatives at emergency department of Pathumrat hospital Roi-Et province.

Design : Qua-si experiment Research

Material and Methods : Samples were patient relatives at emergency department of Pathumrat hospital Roi-Et province that meet the screening and screening criteria. Divided into a control group and an experimental group that were chosen at random. (Randomization) Each group of 33 people, the control group received the data as usual, the experimental group received the information from the emergency severity communication box innovation. Sets of tools were emergency severity communication box and general information and effect of innovation of emergency severity communication box. The instruments tested for content validity by 3 experts. Data analysis by frequency distribution, percentage and standard deviation The comparison of the mean perceptions of emergency according to the severity level was tested by t-test.

Main findings : The experimental group had an average score of perception and understanding more than the control group in all 3 areas, namely perception about illness group ($p = .003$), perception of severity ($p < .001$) and Recognition of waiting time ($p < .001$)

Conclusion and recommendations : Emergency severity communication box for patient relatives result to relatives to increase perception and understanding of illness group, severity level and the waiting time for treatment, which relevant departments should be used in emergency work.

Keywords : Emergency severity communication box ; Emergency severity level; Patient relatives

บทนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้นเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต หากไม่ได้รับการช่วยเหลือรักษาอย่างทันท่วงทีแล้วอาจทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต หรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญต่างๆ ของร่างกาย รวมทั้งอาจทำให้เจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นและเกิดความทุกข์ทรมาน ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้องเหมาะสม เพื่อป้องกันการเสียชีวิต หรือลดความรุนแรงของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้นลง¹ โดยในปัจจุบันสถานการณ์ที่ความต้องการทางการแพทย์มีปริมาณมากขึ้นประกอบกับปริมาณทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างจำกัดซึ่งกระบวนการแก้ไขปัญหาในภาพรวมสามารถทำได้หลายวิธี หนึ่งในนั้นคือกระบวนการคัดกรอง (Triage) เพื่อให้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอยู่ถูกใช้กับบุคคลที่ควรได้รับการช่วยเหลือด้วย

บุคลากรทางการแพทย์ได้ทันเวลาและสถานที่ที่เหมาะสม เพื่อลดการเสียชีวิต ลดความรุนแรงของโรค ลดความพิการ ลดความทรมาน ลดความไม่พอใจ และลดการร้องเรียน²

โรงพยาบาลปทุมรัตน์เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงให้บริการประชาชนในเขตพื้นที่และอำเภอใกล้เคียงมีบุคลากรทั้งสิ้น 140 คน โดยมีประชากรที่รับผิดชอบ 53,757 คน ผู้รับบริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 200 รายต่อวัน ผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินเฉลี่ย 85 รายต่อวันโดยเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินร้อยละ 16.64 ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน 73.16% การจัดทำมาตรฐานการบริการผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) รอบที่ 3 โดยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ใช้กระบวนการคัดกรองของประเทศไทย (Thailand National Triage Guideline) ใช้แนวทางปฏิบัติตามคู่มือคัดกรองสำหรับโรงพยาบาลระดับต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข² (MOPH ED. Triage)

มีการแบ่งอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง 5 ระดับ และให้การรักษาพยาบาลตามความเร่งด่วนอย่างมีคุณภาพ² แต่จากรายงานความเสี่ยงงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลปทุมรัตน์ระหว่างปีงบประมาณ 2559 -2561 พบว่า มีข้อร้องเรียน เรื่อง ระยะเวลาการรอคอย จำนวน 8,10 และ 18 ครั้ง ตามลำดับ รวมทั้งไม่พึงพอใจในการให้บริการ จำนวน 3,5 และ 10 ตามลำดับ³ เมื่อสืบค้นสาเหตุ พบว่า การรับรู้ภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยและญาติ ไม่สอดคล้องกับการคัดกรองอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ถึงแม้มีการให้ความรู้โดยติดบอร์ดหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการกับระยะเวลาในการรอตรวจแต่ก็ยังมียุติการณ์ข้อร้องเรียนและเหตุการณ์ร้องไวยวายนี้อย่างสูงของผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉิน ระดับ 3 หรือ 4 เกี่ยวกับการรอตรวจนาน อีกทั้งความคาดหวังของผู้รับบริการจะได้รับบริการอย่างรวดเร็วและได้รับการแก้ไขภาวะเจ็บป่วย ซึ่งล้วนส่งผลให้เกิดปัญหาความไม่พึงพอใจและการร้องเรียนดังกล่าว เช่นเดียวกับการศึกษาการรับรู้ข้อมูลของญาติผู้มารับบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉินพบว่า การรับรู้ข้อมูลของญาติผู้มารับบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีความสำคัญมากแต่การให้ข้อมูลแก่ญาติผู้มารับบริการในขณะนั้นยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของญาติผู้ป่วย จึงเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนาปรับปรุงต่อไป⁴

จากการทบทวนงานวิจัยและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการใช้สื่อหรือนวัตกรรมในการส่งเสริมการรับรู้และความรู้ความเข้าใจ พบว่า มีการพัฒนานวัตกรรมหรือวิธีการสื่อสารต่าง ๆ เช่น การใช้เทคโนโลยีการสื่อสารผ่านช่องทาง SMS (Short Message Service) ด้านความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตนด้านโภชนาการของเด็กวัยประถมศึกษาตอนปลาย มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเรื่องโภชนาการเพิ่มมากขึ้นอีกทั้งเป็นแนวทางสำคัญในการแก้ไขปัญหาเรื่องโภชนาการเกินของนักเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁵ การใช้รูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้⁶ และการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ในการให้ความรู้และการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล สามารถส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติได้มากกว่า

กลุ่มที่ให้ความรู้ตามบอร์ดประชาสัมพันธ์⁷ ดังนั้น ทีมวิจัยจึงได้พัฒนานวัตกรรมกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยและญาติ ให้สอดคล้องกับการคัดกรองอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ เพิ่มความปลอดภัยและลดข้อร้องเรียนของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งมีความพึงพอใจต่อการบริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลปทุมรัตน์เพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงสำหรับผู้ป่วยและญาติ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้อาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง และอุบัติการณ์ร้องเรียนระหว่างผู้ป่วยและญาติที่ได้รับข้อมูลจากกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงกับผู้ป่วยและญาติที่ได้รับข้อมูลตามปกติที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด

กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ (Adult learning) ในการสร้างกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงสำหรับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นตามกระบวนการเรียนรู้ที่มุ่งให้ผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลปทุมรัตน์เมื่อผู้ป่วยและญาติได้รับฟังข้อมูลผ่านกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงสำหรับผู้ป่วยและญาติมีผลทำให้เกิดความสนใจในการรับรู้ข้อมูลมีการคิดวิเคราะห์สิ่งเร้าและเกิดการรับรู้ โดยกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงสำหรับผู้ป่วยและญาติมีเนื้อหาครอบคลุมอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงและระยะเวลาการรอคอยการรับบริการ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องดังกล่าว ส่งผลตอบสนองต่อพฤติกรรมในการเข้ารับบริการที่ถูกต้องเหมาะสมมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการให้ข้อมูลตามปกติที่ไม่มีการใช้สื่อผ่านกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงสำหรับผู้ป่วยและญาติ

ตัวแปรต้น

กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง
สำหรับผู้ป่วยและญาติงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ตัวแปรตาม

1. การรับรู้อาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงหลังได้รับข้อมูลจากกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉิน
2. อุบัติการณ์ร้องเรียน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัย Two Group Pretest - Posttest Design

ประชากร : ผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติที่มาใช้บริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยที่ผ่านการคัดกรองตามเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency Severity Index : ESI) 5 ระดับ²

กลุ่มตัวอย่าง : ขนาดตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง (sample size & sampling)

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติที่มาใช้บริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยที่ผ่านการคัดกรองตามเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency Severity Index: ESI) 5 ระดับ²

เกณฑ์การคัดเลือก

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลปทุมรัตน์
2. ไม่เป็นผู้พิการทางตาและหู และสามารถสื่อสารถามตอบได้
3. สม่ครใจเข้าร่วม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อจากงานผู้ป่วยนอกหรือโรงพยาบาลอื่น
ขนาดตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ต้องการศึกษาผลของการรับรู้ข้อมูลหลังการใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงของญาติผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้จากการศึกษาของณัฐนันท์ เกตุภาค⁷ ผลของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ในการให้

ความรู้และการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล สามารถส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติได้มากกว่ากลุ่มที่ให้ความรู้ตามบอร์ดประชาสัมพันธ์โรงพยาบาลลานนา จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 25 คน ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 7.40 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.082) เป็น 15.72 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.621) มากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ย 7.16 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.908)

ดังนั้นใช้การประมาณการค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรสองกลุ่มคำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตร⁸

$$\text{สูตร } n/\text{group} = \frac{2(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_1)}$$

ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 23 คน คิดค่ายอมให้คลาดเคลื่อนที่ 10 % ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 33 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีจำนวน 66 คน โดยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม (Randomization) โดยเทียบกับกลุ่มอัตราส่วนผู้มารับบริการให้ครบทั้ง 5 ประเภท

ขั้นตอนการวิจัย หลังผ่านการพิจารณาและ การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (หมายเลขใบรับรอง HE 2563-03-24-036) โดยมีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยได้เสนอผู้บริหารและจัดตั้งคณะทำงานพัฒนาคุณภาพบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทบทวนข้อมูลเกี่ยวข้องในช่วงก่อนทดลองเช่นอุบัติเหตุ การณ์ข้อร้องเรียนและศึกษาวรรณกรรม ทฤษฎี รวมทั้งนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินและแนวคิดการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adult learning)

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการ นำเสนอนวัตกรรมกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงสำหรับผู้ป่วยและญาติแก่ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ออกแบบและจัดทำนวัตกรรมกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงสำหรับผู้ป่วยและญาติ วัสดุอุปกรณ์ในการจัดทำนวัตกรรมประกอบด้วย

1. แผ่นอะคริลิกหนา 5 มิลลิเมตรขนาด 3x3 ฟุต สำหรับทำกล่องบรรจุเครื่องเล่นเทปทั้ง 5 ตัวจำนวน 1 แผ่น
2. กระดาษสติ๊กเกอร์สีแดง, ชมพู, เหลือง, เขียว, ขาว สีละ 1 แผ่น
3. เมมโมรีการ์ดสำหรับบันทึกเสียง 5 อัน
4. ลำโพงขนาดเล็ก จำนวน 5 ตัว

โดยติดตั้งนวัตกรรมกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงสำหรับญาติผู้ป่วยที่บอร์ดด้านหน้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือโดยทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล ปทุมรัตน์จำนวน 10 คน แก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสม วิธีใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงเมื่อมีญาติผู้ป่วยมารอที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินผู้เกี่ยวข้องขอความร่วมมือให้ญาติผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินให้กดปุ่มเปิดรับฟังข้อความจากกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงตามที่ญาติผู้ป่วยประเมินผู้ป่วยในการมารับบริการครั้งนี้ รวมทั้งกล่องสีอื่น ๆ จนครบทั้ง 5 กล่อง หลังจากนั้นให้ทำแบบประเมิน

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผล ประเมินผลการใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงสำหรับผู้ป่วยและญาติ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลจากกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินก่อนทำแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์แล้วสรุปผลการทดลอง เผยแพร่ยังหน่วยงานอื่นๆ ของโรงพยาบาลและตรวจเช็คกล่องรับเรื่องร้องเรียนทุกวัน ว่ามีข้อร้องเรียนหรือไม่ อย่างไร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงสำหรับผู้ป่วยและญาติ โดยมีลักษณะเป็นกล่องสี่เหลี่ยม ประกอบไปด้วยเครื่องเสียง 5 สี

5 ปุ่มเปิดปิดเมื่อเปิดปุ่มสีใดๆจะมีเสียงอธิบายถึงอาการฉุกเฉินตามสีและระดับความรุนแรงนั้นๆ สองภาษาคือภาษาไทยและภาษาถิ่น (ภาษาอีสาน) ได้แก่

1) สีแดง อาการฉุกเฉินระดับ 1 หมายถึง ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน มีภาวะคุกคามที่จะทำให้เสียชีวิต ได้แก่ ไม่รู้สึกตัว หายใจหยุดเต้น หายใจลึก/หอบเหนื่อยขณะกำลังชัก ภาวะช็อกบาดเจ็บที่ศีรษะและกระดูกคอรุนแรง ควรได้รับการตรวจทันที

2) สีชมพู อาการฉุกเฉินระดับ 2 หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก มีภาวะที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต ได้แก่ ชีพจรเร็ว รู้สึกตัว หายใจลำบากมาก เจ็บแน่นหน้าอกร่วมกับช็อคเหงื่อแตกตัวเย็น ได้รับสารพิษเกินขนาดบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง บาดเจ็บรุนแรงมีการหักของกระดูกใหญ่ เช่น กระดูกอุ้งเชิงกราน การหักผิดรูปของกระดูกแบบมีแผลเปิดบาดเจ็บดวงตามีการสูญเสียการมองเห็นเฉียบพลันเจ็บครรภ์จริงใกล้คลอด ปวดท้องน้อยเฉียบพลันและเลือดออกทางช่องคลอด ในหญิงตั้งครรภ์มีอาการทางจิตคลุ้มคลั่งทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ควรได้รับการตรวจภายใน 10 นาที

3) สีเหลือง อาการฉุกเฉิน ระดับ 3 หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ หายใจลำบากเล็กน้อย เจ็บอกหลังการออกกำลังกายบาดเจ็บที่ศีรษะรู้สึกตัวแต่มีประวัติสลบผู้ป่วยหลังชักที่รู้สึกตัวอาเจียน/ถ่ายเหลว จำนวนมากติดต่อกันร่วมกับมีภาวะขาดน้ำการหักผิดรูปของกระดูกแขนขาแบบไม่มีแผลเปิด บาดแผลฉีกขาด การตกเลือดที่มีอาการคงที่ ควรได้รับการตรวจภายใน 30 นาที

4) สีเขียว อาการฉุกเฉินระดับ 4 หมายถึง ผู้ป่วยบาดเจ็บเล็กน้อยได้แก่อาการกลืนลำบากลำกล้องแปลกปลอมแต่มีการหายใจปกติ บาดเจ็บที่ศีรษะรู้สึกตัวดีไม่มีประวัติสลบถูกแมลง / สัตว์กัดบาดแผลฉีกขาดไม่รุนแรง บาดเจ็บทรวงอกแต่การหายใจปกติสิ่งแปลกปลอมเข้าตาแต่การมองเห็นปกติ อุบัติเหตุภายใน 24 ชั่วโมง ควรได้รับการตรวจภายใน 1 ชั่วโมง

5) สีขาว อาการฉุกเฉิน ระดับ 5 หมายถึง การเจ็บป่วยทั่วไปที่มีอาการเล็กน้อย/อาการคงที่ได้แก่การเจ็บป่วยเรื้อรังมาตรวจตามนัด แผลฉีกขาดที่ไม่จำเป็นต้องเย็บ รอยถลอก ฟกช้ำ ผู้ป่วยนัดทำแผล ฉีดวัคซีน อุบัติเหตุ

มากกว่า 24 ชั่วโมงควรได้รับการตรวจภายใน 2 ชั่วโมง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินการรับรู้อาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและการรับรู้อาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง พัฒนาจากผลการใช้สื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีต่อรูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้สื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นลักษณะคำถามแบบปรนัยจำนวน 3 ข้อได้แก่ การรับรู้อาการฉุกเฉิน การจัดประเภทผู้ป่วยและระยะเวลาโรคภัย วัตถุประสงค์และกลุ่มทดลองหลังใช้นวัตกรรม

2.2 แบบบันทึกปฏิบัติการณข้อร้องเรียน ประกอบด้วย แบบบันทึกความต้องการและข้อเสนอแนะ รวมทั้งเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยและญาติต่อกิจกรรมการให้บริการและหรือพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ การวิเคราะห์ข้อมูล

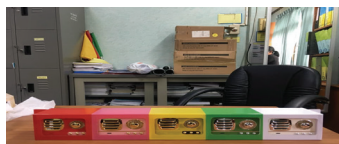
การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมการวิเคราะห์ SPSS ดังนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้อาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ t- test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและ การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 24 มีนาคม 2563 หมายเลขใบรับรอง HE 2563-03-24-036

ผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถประติษฐ์และพัฒนาวัตกรรมการสื่อสารอาการฉุกเฉินที่นำมาใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ.

การพัฒนาครั้งที่ 1



การพัฒนาครั้งที่ 2



1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (54.45%) อายุระหว่าง 41-60 ปี (45.45%) และ (42.42%) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (66.7%) ทั้งสองกลุ่มการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (57.6%) และ (42.42%) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุด (39.4%) และ (48.5%) เกือบทุกคนมีประสบการณ์มารับการรักษาที่โรงพยาบาล 100% และ (97.0%) และใช้สิทธิ์บัตรทองมากที่สุด (57.6%) และ (60.6%)

หลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเข้าใจมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 3 ด้าน คือด้าน

การรับรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการเจ็บป่วย มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .003$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.210 คะแนน (95% CI ; -0.359,-0.064) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ระดับความรุนแรงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.720 คะแนน (95% CI ; -0.935, -0.640) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ระยะเวลาโรคออยมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.750 คะแนน (95% CI; -0.911,-0.063) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มอาการฉุกเฉิน ระดับความรุนแรง และระยะเวลาโรคออยหลังการพัฒนา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	n	Mean	SD.	Mean Difference	SE.	95% CI		p
						Lower	Upper	
อาการฉุกเฉิน								
กลุ่มควบคุม	33	0.82	415	0.210	0.072	-0.359	-0.064	.003*
กลุ่มทดลอง	33	1.00	.000					
ระดับความรุนแรง								
กลุ่มควบคุม	33	0.21	.415	0.780	0.072	-0.935	-0.640	.001*
กลุ่มทดลอง	33	1.00	.000					
ระยะเวลาโรคออย								
กลุ่มควบคุม	33	0.24	.435	0.750	0.075	-0.911	-0.603	.001*
กลุ่มทดลอง	33	1.00	.000					

ภายหลังการนำร่องสื่อสารอาการฉุกเฉินมาใช้พบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยและญาติต่อกิจกรรมการให้บริการและหรือพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ 2 ครั้ง (ผู้ป่วยไม่รอตรวจ)

วิจารณ์

โรงพยาบาลปทุมรัตน์เป็นสถานพยาบาลแห่งเดียวในพื้นที่ ครอบคลุมการให้บริการในเขตอำเภอปทุมรัตน์ และ

พื้นที่ใกล้เคียง กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเป็นญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยสามารถขับขี้นานพาหนะนำส่งผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้เนื่องจากส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่บริการ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (54.45%) อายุระหว่าง 41-60 ปี (45.45%) และ (42.42%) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (66.7%) ทั้งสองกลุ่มการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (57.6%) และ (42.42 %) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุด (39.4%) และ (48.5%)

เกือบทุกคนมีประสบการณ์มารับการรักษาที่โรงพยาบาล 100% และ 97.0% และใช้สิทธิบัตรทองมากที่สุด 57.6% และ 60.6%

หลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มอาการเจ็บป่วย มากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .003$) โดยมี คะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.210 คะแนน (95% CI ; - 0.359, - 0.064) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ระดับความรุนแรงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ($p = .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่ม ควบคุมเท่ากับ 0.720 คะแนน (95% CI ; - 0.935, - 0.640) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ระยะเวลาโรคภัย มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.750 คะแนน (95% CI ; -0.911,-0.063)

ทั้งนี้ เนื่องจากการออกแบบของกล่องสื่อสารอาการ อุฉุกเฉิน เป็นกล่องสี่เหลี่ยม ประกอบไปด้วยเครื่องเสียง 5 เครื่อง 5 สี ได้แก่สีแดง, สีชมพู, สีเหลือง, สีเขียว และสีขาวย ตามสีและการจัดระดับความรุนแรงของผู้ป่วยจากคู่มือคัดกรอง สำหรับโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข² (MOPH ED. Triage) มีปุ่มเปิดปิด 5 ปุ่ม เมื่อกดเปิดปุ่มสีใด ๆ จะมีเสียงอธิบายถึงอาการฉุกเฉินตามสี,ระดับความรุนแรง และ ระยะเวลาโรคภัยการรับการรักษาพยาบาล สองภาษาคือภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ภาษาอีสาน) ซึ่งเป็นสิ่งเร่งตามกระบวนการ เรียนรู้ที่เข้าใจผู้เรียน โดยสิ่งเร้านี้จะกระตุ้นผ่านอวัยวะสัมผัส ทางตาและหูของญาติผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความสนใจในการรับ รู้ข้อมูล มีการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์สิ่งเร้าและเกิดการเรียน รู้ตามมา⁹ ผลการศึกษารั้วนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เอกราช ดีเลิศ, พรพรรณ ประจักษ์เนตร⁵ พบว่าการใช้ เทคโนโลยีการสื่อสารผ่านช่องทาง SMS(Short Message Service) ด้านความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตนด้านโภชนาการ ของเด็กวัยประถมศึกษาตอนปลาย มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เรื่องโภชนาการเพิ่มมากขึ้นอีกทั้งเป็นแนวทางสำคัญในการ แก้ไขปัญหาเรื่องโภชนาการเกินของนักเรียนได้อย่างมี ประสิทธิภาพและสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐนันท์ เกตุ ภาค⁷ พบว่าการใช้รูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อ

เรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความเหมาะสมและ สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้6 และการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อ ทัศนคติในการให้ความรู้และการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยในการ ป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล สามารถส่งเสริมความรู้และ การปฏิบัติได้มากกว่ากลุ่มที่ให้ความรู้ตามบอร์ดประชาสัมพันธ์⁷

ภายหลังการนำกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินมาใช้ พบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยและญาติต่อกิจกรรม การให้บริการและหรือพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ 2 ครั้ง (ผู้ป่วยไม่รอตรวจ) เป็นผู้ป่วยประเภทที่ 4 สีเขียว สามารถรอ ได้ภายใน 1 ชั่วโมงจากการทบทวนของหน่วยงาน (สรุปผลงาน ประจำปีงบประมาณ 2562 งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน)³ พบว่าผู้ป่วย กลุ่มนี้มักจะมารับบริการนอกเวลาราชการ โดยจะมาในช่วงที่ ผู้ป่วยรอตรวจไม่มารับการตรวจรักษาจากพยาบาลเวรไม่ต้อง รอนานแต่เมื่อมีผู้ป่วยฉุกเฉินมารับบริการ เจ้าหน้าที่จะให้ บริการผู้ป่วยฉุกเฉินก่อน จึงไม่อยู่รอตรวจ

สรุป จากผลการศึกษาสรุปได้ว่านวัตกรรมกล่องสื่อสาร อาการฉุกเฉินมีความเหมาะสมในการใช้สื่อสารอาการ ฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยและญาติสามารถสร้างการรับรู้และความ เข้าใจที่ถูกต้องและสอดคล้องเกี่ยวกับอาการฉุกเฉินตาม ระดับความรุนแรงและระยะเวลาโรคภัยการตรวจรักษา จึงควรใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินเพื่อเป็นการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ให้แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความรู้ความ เข้าใจที่ถูกต้อง ลดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยและ ญาติต่อกิจกรรมการให้บริการและหรือพฤติกรรมบริการ ของเจ้าหน้าที่

ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาและเผยแพร่การจัดทำนวัตกรรม ไปใช้งานอื่น ๆ ของโรงพยาบาล เช่น งานคลินิกพิเศษ งานผู้ ป่วยใน และในเครือข่ายการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอปทุมรัตน์และนวัตกรรมมีข้อ จำกัดคือเครื่องเสียงมีอายุการใช้งานประมาณ 3-6 เดือน ปุ่ม ที่ใช้กดเปิดปิดชำรุด หน่วยงานที่สนใจสามารถเปลี่ยนอุปกรณ์ เครื่องเสียงที่มีคุณภาพมากขึ้นได้ตามงบประมาณ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมรัตน์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดและทีมอาจารย์ที่

ปรึกษาจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติที่ให้การสนับสนุนและเป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัย รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่สละเวลาเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. รวมกฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ คำสั่งและหนังสือเวียนที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน. สมุทรปราการ : ศรีบุรณคอมพิวเตอร์การพิมพ์; 2561.
2. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. MOPH ED. Triage. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : สำนักวิชาการแพทย์ ; 2561.
3. งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน. สรุปผลงานประจำปีงบประมาณ 2562. ร้อยเอ็ด : โรงพยาบาลปทุมรัตน์. 2562.
4. กฤตยาแดงสุวรรณ, ขุภาพร พองสุวรรณ,ชารีนา กาเซ็ง, เพลินพิศ ศรีชัย, เบญจพร จินคง,เรณุกาเมะแซะ, อรอนงค์ วรรณสกล.การรับรู้ข้อมูลของญาติผู้มารับบริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์. วารสารนราธิวาสราชนครินทร์. 2555 ; 4(2) : 16-28.
5. เอกราช ดีเลิศ, พรพรรณประจักษ์เนตร. ผลของนวัตกรรม การสื่อสารเรื่องภาวะโภชนาการเกินที่มีต่อความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตนด้านโภชนาการของเด็กวัย ประถมศึกษาตอนปลาย. ใน : ประชุมวิชาการระดับชาติ ประจำปี 2558 คณะนิเทศศาสตร์และนวัตกรรมการจัดการ สถาบันบัณฑิตพัฒนศาสตร์ ; 9 มิถุนายน 2558 ; ณ คณะนิเทศศาสตร์และนวัตกรรมการจัดการ สถาบันบัณฑิตพัฒนศาสตร์.กรุงเทพมหานคร; 2558. หน้า 1-37.
6. โสภพันธ์ สะอาด. การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ด้าน สุขภาพโดยใช้สื่อเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรค เรื้อรัง. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.2558 ; 26(2) : หน้า 41-9
- 7.ณัฐนันท์ เกตุภาค,วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร, อารีวรรณ กลั่นกลิ่น. ผลของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อ ความรู้และการปฏิบัติของผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล. พยาบาลสาร. 2554 ; 38(3) : 98-109.
- 8.อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์เพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : วิทยาพัฒน์;2553.
9. พรณี ชูทัย เจนจิต.จิตวิทยาการเรียนการสอน. กรุงเทพมหานคร : ดันอ้อแกรมมี;2538.

ความชุกของการติดเชื้อแบคทีเรียที่แยกได้จากน้ำในช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ปี พ.ศ. 2558 ถึง 2562 The prevalence of Bacterial Peritonitis among Patients with Chronic Renal Failure after Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis at Roi Et Hospital, in 2015 to 2019

สุพจน์ ลามิ*, นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ **

Supote Lamee*, Nuntipu t Putthanachote **

Corresponding author : Email :

(Received : June 29, 2020 ; Revised : July 20, 2020 ; Accepted : July 30, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและชนิดของเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อแบคทีเรียในช่องท้องและเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง

รูปแบบการวิจัย : Retrospective study

วัสดุและวิธีการวิจัย : โดยเก็บข้อมูลจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องทุกรายที่เข้ารับการรักษาในระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 ใช้สถิติสถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย : ปี พ.ศ. 2558 มีตัวอย่างน้ำ PDF จำนวน 768 ตัวอย่าง ผลเพาะเชื้อพบมีเชื้อแบคทีเรียจำนวน 179 ตัวอย่าง มีความชุกของการติดเชื้อ 23.31% เชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญ 3 ลำดับแรกที่แยกได้ได้แก่ E. coli 22.91% K. pneumoniae 20.11% และ Enterococcus spp. 12.85% ปี พ.ศ. 2559 มีตัวอย่างน้ำ PDF จำนวน 835 ตัวอย่าง ผลเพาะเชื้อพบมีเชื้อแบคทีเรียจำนวน 208 ตัวอย่าง มีความชุกของการติดเชื้อ 24.91% เชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญ 3 ลำดับแรกที่แยกได้ได้แก่ E. coli 25.48% K. pneumoniae 16.35% และ Streptococcus spp. 10.10% ปี พ.ศ. 2560 มีตัวอย่างน้ำ PDF จำนวน 817 ตัวอย่าง ผลเพาะเชื้อพบมีเชื้อแบคทีเรียจำนวน 190 ตัวอย่าง มีความชุกของการติดเชื้อ 23.26% เชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญ 3 ลำดับแรกที่แยกได้ได้แก่ K. pneumoniae 17.89% E. coli 11.58% และ P. aeruginosa 11.05% ปี พ.ศ. 2561 มีตัวอย่างน้ำ PDF จำนวน 765 ตัวอย่าง ผลเพาะเชื้อพบมีเชื้อแบคทีเรียจำนวน 236 ตัวอย่าง มีความชุกของการติดเชื้อ 30.85% เชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญ 3 ลำดับแรกที่แยกได้ได้แก่ Staphylococcus coagulase negative 14.83% E. coli 11.44% Candida Not c. albicansc และ Staphylococcus aureus 9.32% ปี พ.ศ. 2562 มีตัวอย่างน้ำ PDF จำนวน จำนวน 716 ตัวอย่าง ผลเพาะเชื้อพบมีเชื้อแบคทีเรียจำนวน 210 ตัวอย่าง มีความชุกของการติดเชื้อ 30.85% เชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญ 3 ลำดับแรกที่แยกได้ได้แก่ Staphylococcus coagulase negative 14.83% E. coli 11.44% Candida Not c. albicansc และ Staphylococcus aureus 9.32%

สรุป : ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องมีความเสี่ยงค่อนข้างในการติดเชื้อโดยผู้ป่วยสามารถติดเชื้อแบคทีเรียแกรมบวก แกรมลบและเชื้อรา ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลและเฝ้าระวังเป็นพิเศษจากบุคลากรทางการแพทย์

คำสำคัญ : ความชุก ; น้ำในช่องท้อง ; ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

* ** นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ, งานจุลชีววิทยา, กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์, โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purpose : To study prevalence of bacterial peritonitis among patients with chronic renal failure after continuous ambulatory peritoneal dialysis.

Design : Retrospective study

Material and Methods : This study was retrospective study all data were collected from Microbiology Laboratory with all of patients with chronic renal failure after continuous ambulatory peritoneal dialysis during January 1, 2015 to December 31, 2019. The statistical analyses were used descriptive statistics.

Main findings : In 2015, have PDF 768 samples and found bacteria 179 samples with prevalence rate 23.31%. The 3 most common bacteria found E. coli 22.91%, K. pneumoniae 20.11%, and Enterococcus spp. 12.85 %. In 2016, have PDF 835 samples and found bacteria 208 sample with prevalence rate 24.91%. The 3 most common bacteria found E. coli 25.48%, K. pneumoniae 16.35 %, Streptococcus spp. 10.10 %. In 2017, have PDF 817 samples and found bacteria 190 sample with prevalence rate 23.26%. The 3 most common bacteria found K. pneumoniae 17.89%, E. coli 11.58%, P. aeruginosa 11.05 %. In 2018 have PDF 765 samples and found bacteria 236 sample with prevalence rate 30.85%. The 3 most common bacteria found Staphylococcus coagulase negative 14.83 %, E. coli 11.44%, Candida Not c. albicansc and Staphylococcus aureus 9.32%. In 2019, In 2016, have PDF 716 samples and found bacteria 210 sample with prevalence rate 30.85%. The 3 most common bacteria found Staphylococcus coagulase negative 14.83%, E. coli 11.44%, Candida Not c. albicansc and Staphylococcus aureus 9.32 %.

Conclusion : patients with chronic renal failure after continuous ambulatory peritoneal dialysis are high risk of bacterial peritonitis with gram negative, gram positive and yeast. Patient in this group should have special care from medical staffs.

Keywords : Prevalence ; Peritoneal dialysis fluid ; Chronic Renal Failure

บทนำ

โรคไตวายเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยต่าง ๆ ทั่วโลก^{1,2,3,4} สาเหตุสำคัญเนื่องมาจากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งไตวายเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับโรคเรื้อรังเหล่านี้^{5,6,7} โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease, CKD) เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ ชีวิตความเป็นอยู่ และทางด้านสังคม ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีภาวะไตวายระยะสุดท้ายจะมีของเสียในเลือดคั่งแต่ไม่สามารถกำจัดได้ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องรักษาโดยวิธี การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) และการเปลี่ยนไตการรักษาแบบ

การล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร (Continuous ambulatory peritoneal dialysis ; CAPD) ซึ่งวิธีการรักษาต่าง ๆ เหล่านี้มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ที่สำคัญผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อจากกระบวนการรักษาต่าง ๆ เหล่านี้ได้ โดยจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อแบคทีเรียในช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องส่งผลให้การรักษาไม่ประสบผลสำเร็จ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้⁸

เชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการติดเชื้อแบคทีเรียในช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบได้ทั้งแบคทีเรียแกรมบวก แกรมลบ และเชื้อรา⁹ ที่สำคัญได้แก่

Coagulase-negative *Staphylococcus* species¹⁰ *Staphylococcus aureus*¹¹ *Staphylococcus epidermidis*¹² *Corynebacterium* species¹³ *Pseudomonas* species¹⁴ Enterobacteriaceae ที่พบบ่อยคือ *Escherichia coli*¹⁵ *Acinetobacter* species¹⁶ *Pseudomonas* species¹⁷ *Escherichia coli*, *Enterobacter* species และ methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*¹⁸ *Streptococcus bovis*¹⁹ ส่วนเชื้อราที่เป็นปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ *Candida albicans*, *Candida parapsilosis*, *Exophiala jeikei*, *Drechslera spicifera*, *Fusarium* species²⁰ *Candida tropicalis*, *Candida parapsilosis*, *Candida lusitanae* *Cephalosporium* species, *Aspergillus fumigatus*, *Aspergillus* species และ *Trichoderma* species²¹ ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อแบคทีเรียในช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติติดเชื้อแบคทีเรียในช่องท้องมาก่อนผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่มีภาวะ Hypoalbuminemia ($\leq 30\text{g/l}$)²² ผู้ป่วย Hospitalization ผู้ป่วยที่ได้รับ Catheter removal และ Permanent hemodialysis transfer^{17,23} ผู้ป่วยที่จำหน่ายซ้ำ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และผู้ป่วยที่ได้รับการ catheter removal ล่าช้า^{24,25} ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลมากกว่า 139.5 mg/dl ²⁶ การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ *Pseudomonas* species ในช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องซึ่งได้แก่ ความถี่ของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล การ Catheter removal และ permanent hemodialysis transfer¹⁷ ส่วนปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* ได้แก่ Permanent hemodialysis transfer และ Hospitalization¹¹

การล้างไตทางช่องท้องมีข้อดีคือผู้ป่วยสามารถทำเองที่บ้านได้โดยไม่ต้องมาโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และค่าเสียโอกาสในการทำงานของผู้ป่วย และผู้ดูแลวิธีการทำได้ง่าย รวดเร็ว ไม่ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ อุปกรณ์มากนักเมื่อเทียบกับการฟอกเลือด ซึ่งโรงพยาบาล

ร้อยละได้ดำเนินโครงการสนับสนุนวิธีการล้างไตทางช่องท้องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 จนถึงปัจจุบัน พบว่าจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในปีงบประมาณ 2559 มีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง ทั้งหมด 600 ราย ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยบางรายที่มีภาวะติดเชื้อแบคทีเรียในช่องท้อง จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นว่า เชื้อที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อมีหลายชนิด และปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อมีหลายปัจจัย แต่การศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละยังไม่มีเนื่องจากแต่ละประเทศแต่ละพื้นที่มีลักษณะประชากร เชื้อชาติ ศาสนา สังคม และบริบทที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อติดเชื้อแบคทีเรียในช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องในผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลร้อยละ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุก และเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลร้อยละ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาที่ใช้คือ Retrospective study โดยเก็บข้อมูลจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องทุกรายที่เข้ารับการรักษาในระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาโดยการฟอกไตในโรงพยาบาลร้อยละ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องและผลเพาะเชื้อจากน้ำล้างไตพบว่ามีเชื้อแบคทีเรีย

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องและผลเพาะเชื้อจากน้ำล้างไตพบว่ามีเชื้อแบคทีเรีย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ในกลุ่มศึกษา

ผู้ป่วยที่ติดเชื้อที่มีผลการเพาะเชื้อแบคทีเรียพบการติดเชื้อมากกว่า 2 ชนิด

การตรวจเพาะเชื้อทางห้องปฏิบัติการ

สิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยจะทำการส่งเพาะเชื้อที่เป็นห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาคลินิก กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด การเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยตามหลักการมาตรฐานห้องปฏิบัติการ (CLSI) โดยนำสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยเพาะลงบนอาหารเลี้ยงเชื้อชนิด Blood agar และ MacConkey agar หลังจากนั้นบ่มเพาะในเครื่อง incubator ที่อุณหภูมิ 35 องศา เป็นเวลา 16 ถึง 24 ชั่วโมง หลังจากนั้นสังเกตการเจริญเติบโตของเชื้อ โดยเชื้อแบคทีเรียแกรมบวกจะเจริญบนอาหารเลี้ยงเชื้อชนิด Blood agar เพียงอย่างเดียว ส่วนเชื้อแบคทีเรียแกรมลบจะเจริญทั้งบน Blood agar และ MacConkey agar หลังจากนั้นทำการทดสอบปฏิกิริยาซีวเคมิของเชื้อเพื่อแยกชนิดและทำการทดสอบยาต้านจุลชีพควบคู่ไปด้วย โดยการทดสอบความไวต่อยาต้านจุลชีพใช้วิธีการ Disk diffusion

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบคัดลอกข้อมูลผู้ป่วยจากตรวจทางห้องปฏิบัติการ งานจุลชีววิทยาคลินิก กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเรื่องขอเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยและข้อมูลจากห้องปฏิบัติการ

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการคัดลอกข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียนลงในแบบคัดลอกข้อมูลที่กำหนดไว้

3. ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ ของข้อมูล

4. นำข้อมูลที่ได้บันทึกลงในคอมพิวเตอร์ เพื่อเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

การประมวลผลข้อมูล

1. ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างนำมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำมาลงรหัสข้อมูล

2. สร้างแฟ้มข้อมูลและตัวแปรต่าง ๆ

3. บันทึกข้อมูลลงตามรหัสข้อมูลในโปรแกรม Excel โดยนักวิจัย 1 คน และผู้ช่วยนักวิจัย 1 คน แล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

4. ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการทางสถิติที่เหมาะสมและถูกต้องกับรูปแบบการวิจัย โดยเน้นความถูกต้องตามหลักการทางชีวสถิติ

5. การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลอัตโนมัติ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) นำเสนอในรูปแบบของจำนวนและร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ความชุกและเชื้อแบคทีเรียที่แยกได้จากน้ำในช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องปี พ.ศ. 2558

ในปี พ.ศ. 2558 มีสิ่งส่งตรวจที่เป็นน้ำ peritoneal dialysis fluid (PDF) ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องจำนวน 768 ตัวอย่าง ผลเพาะเชื้อพบมีเชื้อแบคทีเรียจำนวน 179 ตัวอย่าง มีความชุกของการติดเชื้อ 23.31% (95% CI= 17.23-45.27) เชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญ 3 ลำดับแรกที่แยกได้ได้แก่ E. coli 22.91% K. pneumoniae 20.11% และ Enterococcus spp. 12.85 %ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เชื้อแบคทีเรียที่แยกได้จากน้ำในช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องปี พ.ศ. 2558

ชนิดเชื้อ	จำนวน (n=179)	ร้อยละ
<i>Escherichia coli</i>	41	22.91
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	36	20.11
<i>Enterococcus spp.</i>	23	12.85
<i>Streptococcus spp.</i>	11	6.15
<i>Bacillus spp.</i>	10	5.59
<i>Enterobacter cloacae</i>	10	5.59
<i>Acinetobacter baumannii</i>	8	4.47
<i>Enterobacter spp.</i>	8	4.47
<i>Acinetobacter lwoffii</i>	7	3.91
<i>Fungus</i>	5	2.79
<i>Micrococcus spp.</i>	4	2.23
<i>Gram positive bacilli unidentified</i>	3	1.68
<i>Acinetobacter spp.</i>	3	1.68
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	3	1.68
<i>Gram negative bacilli unidentified</i>	2	1.12
<i>Streptococcus gr.D Enterococci</i>	2	1.12
<i>Klebsiella oxytoca</i>	1	0.56
<i>Proteus vulgaris</i>	2	0.56

2. ความชุกและเชื้อแบคทีเรียที่แยกได้จากน้ำในช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องปี พ.ศ. 2559

ในปี พ.ศ. 2559 มีสิ่งส่งตรวจที่เป็นน้ำ peritoneal dialysis fluid (PDF) ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องจำนวน 835 ตัวอย่าง

ผลเพาะเชื้อพบมีเชื้อแบคทีเรียจำนวน 208 ตัวอย่าง มีความชุกของการติดเชื้อ 24.91% (95% CI= 16.10-39.81) เชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญ 3 ลำดับแรกที่แยกได้ได้แก่ *E. coli* 25.48% *K. pneumoniae* 16.35% และ *Streptococcus spp.* 10.10% ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เชื้อแบคทีเรียที่แยกได้จากน้ำในช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องปี พ.ศ. 2559

ชนิดเชื้อ	จำนวน (n=208)	ร้อยละ
<i>Escherichia coli</i>	53	25.48
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	34	16.35
<i>Streptococcus spp.</i>	21	10.10
<i>Enterococcus spp.</i>	20	9.62
<i>Bacillus spp.</i>	16	7.69
<i>Acinetobacter baumannii</i>	13	6.25
<i>Gram positive bacilli unidentified</i>	12	5.77
<i>Candida spp. Not c. albicans</i>	11	5.29
<i>Enterobacter spp.</i>	7	3.37
<i>Enterobacter cloacae</i>	6	2.88
<i>Acinetobacter lwoffii</i>	4	1.92
<i>Streptococcus gr.D Enterococci</i>	4	1.92
<i>Fungus</i>	3	1.44
<i>Alpha-hemolytic streptococci</i>	2	0.96
<i>Gram negative bacilli unidentified</i>	1	0.48
<i>Citrobacter freundii</i>	1	0.48

3. ความชุกและเชื้อแบคทีเรียที่แยกได้จากน้ำในช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องปี พ.ศ. 2560

ในปี พ.ศ. 2560 มีสิ่งส่งตรวจที่เป็นน้ำ peritoneal dialysis fluid (PDF) ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องจำนวน 817 ตัวอย่าง

ผลเพาะเชื้อพบมีเชื้อแบคทีเรียจำนวน 190 ตัวอย่าง มีความชุกของการติดเชื้อ 23.26% (95% CI= 14.78-42.12) เชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญ 3 ลำดับแรกที่แยกได้ได้แก่ *K. pneumoniae* 17.89% *E. coli* 11.58% และ *P. aeruginosa* 11.05% ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เชื้อแบคทีเรียที่แยกได้จากน้ำในช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องปี พ.ศ. 2560

ชนิดเชื้อ	จำนวน (n=190)	ร้อยละ
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	34	17.89
<i>Escherichia coli</i>	22	11.58
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	21	11.05
<i>Staphylococcus aureus</i>	17	8.95
<i>Enterococcus spp.</i>	15	7.89
<i>Acinetobacter baumannii</i>	14	7.37
<i>Bacillus spp.</i>	12	6.32
<i>Enterobacter spp.</i>	12	6.32
<i>Streptococcus spp.</i>	9	4.74
<i>Candida spp. Not c. albicans</i>	9	4.74
<i>Gram positive bacilli unidentified</i>	6	3.16
<i>Gram negative bacilli unidentified</i>	4	2.11
<i>Serratia marcescens</i>	3	1.58
<i>Streptococcus gr.D Enterococci</i>	3	1.58
<i>Acinetobacter lwoffii</i>	2	1.05
<i>Micrococcus spp.</i>	2	1.05
<i>Acinetobacter spp.</i>	1	0.53
<i>Proteus vulgaris</i>	1	0.53
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	1	0.53
<i>Burkholderia pseudomallei</i>	1	0.53
<i>Citrobacter freundii</i>	1	0.53

4. ความชุกและเชื้อแบคทีเรียที่แยกได้จากน้ำในช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องปี พ.ศ. 2561

ในปี พ.ศ. 2561 มีสิ่งส่งตรวจที่เป็นน้ำ peritoneal dialysis fluid (PDF) ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องจำนวน 765 ตัวอย่าง

ผลเพาะเชื้อพบมีเชื้อแบคทีเรียจำนวน 236 ตัวอย่าง มีความชุกของการติดเชื้อ 30.85% (95% CI= 19.23-47.12) เชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญ 3 ลำดับแรกที่แยกได้ได้แก่ Staphylococcus coagulase negative 14.83% E. coli 11.44% Candida Not c. albicansc และ Staphylococcus aureus 9.32% ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เชื้อแบคทีเรียที่แยกได้จากน้ำในช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องปี พ.ศ. 2561

ชนิดเชื้อ	จำนวน(236)	ร้อยละ
<i>Staphylococcus coagulase negative</i>	35	14.83
<i>Escherichia coli</i>	27	11.44
<i>Candida spp. Not c. albicans</i>	22	9.32
<i>Staphylococcus aureus</i>	22	9.32
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	21	8.90
<i>Acinetobacter baumannii</i>	17	7.20
<i>Gram positive bacilli unidentified</i>	15	6.36
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	15	6.36
<i>Bacillus spp.</i>	12	5.08
<i>Enterococcus faecalis</i>	10	4.24
<i>Enterobacter cloacae</i>	9	3.81
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	6	2.54
<i>Gram negative bacilli unidentified</i>	4	1.69
<i>Streptococcus spp.</i>	4	1.69
<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	4	1.69
<i>Enterococcus faecium</i>	3	1.27
<i>Enterobacter spp.</i>	3	1.27
<i>Streptococcus gr.D Enterococci</i>	2	0.85
<i>Group A beta-hemolytic streptococci</i>	2	0.85
<i>Alpha-hemolytic streptococci</i>	2	0.85
<i>Burkholderia pseudomallei</i>	1	0.42

5. ความชุกและเชื้อแบคทีเรียที่แยกได้จากน้ำในช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องปี พ.ศ. 2562

ในปี พ.ศ. 2562 มีสิ่งส่งตรวจที่เป็นน้ำ peritoneal dialysis fluid (PDF) ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องจำนวน 716 ตัวอย่าง

ผลเพาะเชื้อพบมีเชื้อแบคทีเรียจำนวน 210 ตัวอย่าง มีความชุกของการติดเชื้อ 30.85% (95% CI= 19.23-47.12) เชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญ 3 ลำดับแรกที่แยกได้ได้แก่ *Staphylococcus coagulase negative* 14.83% *E. coli* 11.44% *Candida Not c. albicans* และ *Staphylococcus aureus* 9.32% ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เชื้อแบคทีเรียที่แยกได้จากน้ำในช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องปี พ.ศ. 2562

ชนิดเชื้อ	จำนวน (n=716)	ร้อยละ
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	25	11.90
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	24	11.43
<i>Escherichia coli</i>	21	10.00
<i>Staphylococcus aureus</i>	17	8.10
<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	16	7.62
<i>Gram positive bacilli unidentified</i>	15	7.14
<i>Streptococcus spp.</i>	10	4.76
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	9	4.29
<i>Candida spp. Not c. albicans</i>	8	3.81
<i>Acinetobacter baumannii</i>	7	3.33
<i>Bacillus spp.</i>	7	3.33
<i>Staphylococcus coagulase negative</i>	7	3.33
<i>Enterococcus faecalis</i>	6	2.86
<i>Enterococcus faecium</i>	6	2.86
<i>Enterobacter cloacae</i>	6	2.86
<i>Burkholderia pseudomallei</i>	6	2.86
<i>Micrococcus spp.</i>	5	2.38
<i>Streptococcus gr.D not Enterococci</i>	5	2.38
<i>Alpha-hemolytic streptococci</i>	5	2.38
<i>Acinetobacter lwoffii</i>	3	1.43
<i>Citrobacter koseri</i>	2	0.95

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความชุกของการติดเชื้อแบคทีเรียในช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่อง เชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อของ

ผู้ป่วยในการศึกษาค้นนี้ได้แก่ เชื้อ *Staphylococcus coagulase negative*, *Staphylococcus aureus*, *K. pneumonia*, *E. coli*, *P. aeruginosa*, *Enterobacter species*, *A. baumannii*, *Enterococcus species*, *Streptococcus species*, *A. lwoffii*, *Streptococcus group D non enterococcus*, *P. mirabilis*, *alpha--hemolytic streptococci*, *Micrococcus*

species, *K. oxytoca*, *P. vulgaris*, *E. cloacae*, *C. freundii*, *Candida* spp. Not *C. albicans*, Alpha-hemolytic streptococci, *Stenotrophomonas maltophilia*, *Burkholderia pseudomallei*, *E. faecalis* ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยหลายประเทศที่ผ่านมาที่พบว่าเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุสำคัญได้แก่ *Coagulase-negative Staphylococcus* species¹⁰ *Staphylococcus aureus*¹¹ *Staphylococcus epidermidis*¹² *Corynebacterium* species¹³ *Pseudomonas* species¹⁴ *Enterobacteriaceae*¹⁵ *Acinetobacter* species¹⁶ *Pseudomonas* species¹⁷ *Escherichia coli*, *Enterobacter* species และ methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*¹⁸ *Streptococcus bovis*¹⁹ แต่การศึกษาล่าสุดนี้มีความแตกต่างที่พบว่ามีเชื้อรา *Candida albicans*, *Candida parapsilosis*, *Exophiala jeanselmei*, *Drechslera spicifera*, *Fusarium* species²⁰ *Candida tropicalis*, *Candida parapsilosis*, *Candida lusitanae* *Cephalosporium* species, *Aspergillus fumigatus*, *Aspergillus* species และ *Trichoderma* species²¹ เป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อในผู้ป่วย จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยบางรายติดเชื้อมาจากชุมชนและติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งการติดเชื้อกลุ่ม *Enterobacter* spp. โดยเฉพาะ *E. coli* อาจจะเนื่องมาจากการปนเปื้อนจากมือผู้ป่วยขณะทำการล้างไตด้วยตัวเองเกิดจากมือไม่สะอาด สำหรับการติดเชื้อกลุ่มที่เป็นเชื้อก่อโรคในโรงพยาบาลที่สำคัญได้แก่ *P. aeruginosa*, *A. baumannii* อาจจะเนื่องมาจากการปนเปื้อนในเครื่องมือหรือจากมือเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลดังนั้นควรจะมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในผู้ป่วยเพื่อจะเป็นการช่วยกันการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย

สรุปผลการวิจัย

ความชุกของการติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องมีความเสี่ยงค่อนข้างสูงผู้ป่วยสามารถติดเชื้อแบคทีเรียแกรมบวก แกรมลบและเชื้อรา ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรจะได้รับ การดูแลและเฝ้าระวังเป็นพิเศษจากบุคลากรทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงด้านบุคคลต่อการปฏิบัติตัวและวิธีการทำการล้างไตผ่านช่องท้องของผู้ป่วยเองหรือญาติ
2. ควรศึกษาถึงผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและวิธีการทำการล้างไตผ่านช่องท้องของผู้ป่วยเองหรือญาติเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

เอกสารอ้างอิง

1. Kavanagh D, Prescott GJ, Mactier RA. Peritoneal dialysis-associated peritonitis in Scotland (1999-2002). *Nephrol Dial Transplant Off Publ Eur Dial Transpl Assoc - Eur Ren Assoc.* 2004 Oct ; 19(10) : 2584-91.
2. Davenport A. Peritonitis remains the major clinical complication of peritoneal dialysis : the London, UK, peritonitis audit 2002-2003. *Perit Dial Int J Int Soc Perit Dial.* 2009 Jun ; 29(3) : 297-302.
3. Brown MC, Simpson K, Kerssens JJ, Mactier RA, Scottish Renal Registry. Peritoneal dialysis-associated peritonitis rates and outcomes in a national cohort are not improving in the post-millennium (2000-2007). *Perit Dial Int J Int Soc Perit Dial.* 2011 Dec ; 31(6) : 639-50.
4. Liawnoraset W. Prevalence and factors affecting peritonitis in CAPD patients in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital under universal coverage scheme during 2008-2010: a three-year experience. *J Med Assoc Thai Chotmaihet Thangphaet.* 2011 Sep ; 94 Suppl 4 : S19-24.
5. Lin H-C, Peng C-H, Chiou J-Y, Huang C-N. Physical activity is associated with decreased incidence of chronic kidney disease in type 2 diabetes patients : a retrospective cohort study in Taiwan. *Prim Care Diabetes.* 2014 Dec; 8(4) : 315-21.

6. Shulman A, Peltonen M, Sjöström CD, Andersson-Assarsson JC, Taube M, Sjöholm K, et al. Incidence of end-stage renal disease following bariatric surgery in the Swedish Obese Subjects Study. *Int J Obes* 2005. 2018 Feb 26 .
7. Zhang Q, Wang L, Zeng H, Lv Y, Huang Y. Epidemiology and risk factors in CKD patients with pulmonary hypertension : a retrospective study. *BMC Nephrol*. 2018 Mar 20 ; 19(1) : 70.
8. Yip T, Tse K-C, Lam M-F, Tang S, Li F-K, Choy B-Y, et al. Risk factors and outcomes of extended-spectrum beta-lactamase-producing *E. coli* peritonitis in CAPD patients. *Perit Dial Int J Int Soc Perit Dial*. 2006 Apr ; 26(2) : 191–7.
9. Ghali JR, Bannister KM, Brown FG, Rosman JB, Wiggins KJ, Johnson DW, et al. Microbiology and outcomes of peritonitis in Australian peritoneal dialysis patients. *Perit Dial Int J Int Soc Perit Dial*. 2011 Dec; 31(6): 651–62.
10. Szeto C-C, Kwan BC-H, Chow K-M, Lau M-F, Law M-C, Chung K-Y, et al. Coagulase negative staphylococcal peritonitis in peritoneal dialysis patients : review of 232 consecutive cases. *Clin J Am Soc Nephrol CJASN*. 2008 Jan ; 3(1) : 91–7.
11. Govindarajulu S, Hawley CM, McDonald SP, Brown FG, Rosman JB, Wiggins KJ, et al. *Staphylococcus aureus* peritonitis in Australian peritoneal dialysis patients: predictors, treatment, and outcomes in 503 cases. *Perit Dial Int J Int Soc Perit Dial*. 2010 Jun ; 30(3) : 311–9.
12. Ariano RE, Franczuk C, Fine A, Harding GKM, Zelenitsky SA. Challenging the current treatment paradigm for methicillin-resistant *Staphylococcus epidermidis* peritonitis in peritoneal dialysis patients. *Perit Dial Int J Int Soc Perit Dial*. 2002 Jun ; 22(3) : 335–8.
13. Szeto C-C, Chow K-M, Chung K-Y, Kwan BC-H, Leung C-B, Li PK-T. The clinical course of peritoneal dialysis-related peritonitis caused by *Corynebacterium* species. *Nephrol Dial Transplant Off Publ Eur Dial Transpl Assoc - Eur Ren Assoc*. 2005 Dec ; 20(12): 2793–6.
14. Szeto CC, Chow KM, Leung CB, Wong TY, Wu AK, Wang AY, et al. Clinical course of peritonitis due to *Pseudomonas* species complicating peritoneal dialysis : a review of 104 cases. *Kidney Int*. 2001 Jun; 59(6): 2309–15.
15. Szeto C-C, Chow VC-Y, Chow K-M, Lai RW-M, Chung K-Y, Leung C-B, et al. Enterobacteriaceae peritonitis complicating peritoneal dialysis : a review of 210 consecutive cases. *Kidney Int*. 2006 Apr ; 69(7) : 1245–52.
16. Galvao C, Swartz R, Rocher L, Reynolds J, Starmann B, Wilson D. *Acinetobacter* peritonitis during chronic peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis Off J Natl Kidney Found*. 1989 Aug ; 14(2) : 101–4.
17. Siva B, Hawley CM, McDonald SP, Brown FG, Rosman JB, Wiggins KJ, et al. *Pseudomonas* peritonitis in Australia: predictors, treatment, and outcomes in 191 cases. *Clin J Am Soc Nephrol CJASN*. 2009 May ; 4(5): 957–64.
18. Holley JL, Bernardini J, Johnston JR, Piraino B. Methicillin-resistant staphylococcal infections in an outpatient peritoneal dialysis program. *Am J Kidney Dis Off J Natl Kidney Found*. 1990 Aug ; 16(2) : 142–6.
19. Yap DYH, To KKW, Yip TPS, Lui SL, Chan TM, Lai KN, et al. *Streptococcus bovis* peritonitis complicating peritoneal dialysis--a review of 10 years' experience. *Perit Dial Int J Int Soc Perit Dial*. 2012 Feb ; 32(1) : 55–9.

20. Kerr CM, Perfect JR, Craven PC, Jorgensen JH, Drutz DJ, Shelburne JD, et al. Fungal peritonitis in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Ann Intern Med.* 1983 Sep ; 99(3) : 334-6.
21. Bren A. Fungal peritonitis in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis Off Publ Eur Soc Clin Microbiol.* 1998 Dec ; 17(12) : 839-43.
22. Feng X, Yang X, Yi C, Guo Q, Mao H, Jiang Z, et al. *Escherichia coli* Peritonitis in peritoneal dialysis : the prevalence, antibiotic resistance and clinical outcomes in a South China dialysis center. *Perit Dial Int J Int Soc Perit Dial.* 2014 May; 34(3): 308-16.
23. Barraclough K, Hawley CM, McDonald SP, Brown FG, Rosman JB, Wiggins KJ, et al. Polymicrobial peritonitis in peritoneal dialysis patients in Australia : predictors, treatment, and outcomes. *Am J Kidney Dis Off J Natl Kidney Found.* 2010 Jan ; 55(1) : 121-31.
24. Oxton LL, Zimmerman SW, Roecker EB, Wakeen M. Risk factors for peritoneal dialysis-related infections. *Perit Dial Int J Int Soc Perit Dial.* 1994 ; 14(2) : 137-44.
25. Choi P, Nemati E, Banerjee A, Preston E, Levy J, Brown E. Peritoneal dialysis catheter removal for acute peritonitis : a retrospective analysis of factors associated with catheter removal and prolonged postoperative hospitalization. *Am J Kidney Dis Off J Natl Kidney Found.* 2004 Jan ; 43(1) : 103-11.
26. Bunnag S, Thanakitcharu P, Krairittichai U, Jirajan B, Meenune W, Kanjanapant C. Risk factors of infectious peritonitis of CAPD patients in Rajavithi Hospital. *J Med Assoc Thai Chotmaihet Thangphaet.* 2011 Sep; 94 Suppl 4 : S37-43.

การพัฒนาและประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

Development and Evaluation of a Self-care Behavior Modification of Diabetes Mellitus on High Risk group Program in Urban Medical Centers Roi-Et

ลัคนา จันทรแรม*

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Corresponding author : Email : lakana0744@gmail.com

(Received : June 29, 2020 ; Revised : July 20, 2020 ; Accepted: July 30, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชนที่รับผิดชอบโดยศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดยศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์สังเคราะห์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตรวจสอบคุณภาพและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ การวิจัยระยะที่สองเป็นการทดลองใช้และประเมินผลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก จำนวน 66 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย : กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานทั้งหมด 66 คน เป็นชาย (56.7%) อายุเฉลี่ย 55 ปี สถานภาพสมรสคู่ (76.7%) จบการศึกษาระดับอนุปริญญา (41.7%) อาชีพแม่บ้าน (30.0%) รายได้ของครอบครัว 35,000 บาทต่อเดือน และดัชนีมวลกายเกิน (33.3%) หลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.09 คะแนน (95% CI ; 1.02, 1.16) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 8.43 คะแนน (95% CI ; 7.28, 9.58) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.65 คะแนน (95% CI ; 0.55, 0.74) ตามลำดับ

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น สามารถนำมาใช้ในการดูแลรักษาของกลุ่มเสี่ยงของเบาหวานแบบองค์รวมได้ และเพื่อประสิทธิผลที่ดีขึ้น ควรมีคนในครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ที่ไว้วางใจ ช่วยกำกับติดตามและแก้ไขอุปสรรคของพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงอย่างมีส่วนร่วมและต่อเนื่อง เพื่อการป้องกันและลดอัตราการป่วยเป็นโรคเบาหวานในอนาคต

คำสำคัญ : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ; โรคเบาหวาน ; การดูแลตนเอง ; กลุ่มเสี่ยง

*นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purpose : To develop and evaluate a self-care behavior modification of diabetes on risk group program in the community responsible by the urban medical center Roi Et Province.

Design : Research and Development

Material and methods : The research were divided into 2 phases. The first phase was to develop a behaviour modification program for diabetes at risk by studying concepts, theories and related research work analyse and synthesize theories of beliefs in health, creating behaviour modification programs, and quality inspection and improvement according to expert a suggestion and phase research two; trial and results were evaluated from 66 subjects that were diabetic risk groups who were eligible for inclusion and elimination criteria and diabetic risk group. Data were collected using interviews and data were analysed by using descriptive statistics and paired t-test at statistical significance level of .05

Main findings : 66 of diabetes mellitus on high risk groups were male (56.7%), mean age 55, marital status (76.7%), diploma education (41.7%), housewife (30.0%), family income of 35,000 baht per month and body mass index (BMI) were over-physical (33.3%). After the intervention, it was found that diabetes high risk groups had more mean health belief scores, compared to before intervention ($p < .001$) with an mean score of 1.09 (95% CI ; 1.02, 1.16) with a higher mean score of self-care knowledge, compared to before intervention ($p < .001$) with a mean score of 8.43 points (95% CI; 7.28, 9.58) and a mean score of self-care behavior. Compared to before development ($p < .001$), the mean score was 0.65 points (95% CI; 0.55, 0.74), respectively.

Conclusion and recommendation : Results of this study suggest that a self-care behavior modification program has resulted in diabetes mellitus high risk groups having a healthy belief, increased knowledge and behavior of self-care. It can be used in the holistic care of the risk groups of diabetes. And for better effectiveness, there should be someone in the family of the vulnerable or trusted people. Help supervise, monitor and resolve obstacles to behavior of risk groups participatory and continuous. To prevent and reduce the rate of diabetes in the future.

Keywords : Self-care behavior modification, Diabetes mellitus, self-care, High risk group, Monitor behavior by risk groups families and confidants.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases ; NCDs) ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกถึง 41 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 71.0 ของการเสียชีวิตทั่วโลก ซึ่งผู้เสียชีวิต 15 ล้านคน มีอายุระหว่าง 30 ถึง 69 ปีมากกว่าร้อยละ 85.0 ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร¹⁻³ สำหรับในประเทศไทยอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกันจากการรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552⁴ ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 6.9 โดยผู้หญิงมีความชุกสูงกว่าผู้ชาย พบร้อยละ 7.7 และ 6 ตามลำดับ และความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุจากร้อยละ 0.6 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี ความชุกขึ้นสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 16.7 และความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 21.4 ผู้หญิงและผู้ชายมีความชุกใกล้เคียงกัน ความชุกของโรคต่ำสุดในกลุ่มอายุ 15-29 ปี ผู้ชาย ร้อยละ 2.9 ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามอายุ กลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไปเป็นกลุ่มที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่สุด ร้อยละ 55.9 ซึ่งหากไม่เร่งดำเนินการแก้ไขปัญหานี้อย่างจริงจัง ก็จะทำให้มีผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นในอนาคต

นอกจากนี้ยังมีโอกาสเสี่ยงจากโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ปัญหาเหล่านี้สาเหตุหนึ่งมาจากประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง เช่น รับประทานอาหาร การออกกำลังกายไม่ถูกต้อง การดูแลตนเองพื้นฐาน ขาดการตัดสินใจเลือกบริการสุขภาพที่เหมาะสม เป็นต้น สถานการณ์โรคเบาหวานในเขตโรงพยาบาลร้อยเอ็ด⁵ ปีงบประมาณ พ.ศ.2562 พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ทั้งหมด 5,239 ราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 122 ราย (2.33%) ผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบ จำนวน 9,032 ราย ได้รับการตรวจ จำนวน 6,004 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.47 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จำนวน 3,967 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.92 กล่าวได้ว่าปัญหาที่สำคัญ คือ การเพิ่มของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุโรคเบาหวานแล้วพบว่า ส่วนหนึ่งมาจากประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายไม่ถูกต้อง การไม่สามารถดูแลด้านสุขภาพพื้นฐานของตนเองขาดการตัดสินใจเลือกบริการสุขภาพที่เหมาะสม เป็นต้น เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Williams, Baker, Parker, and Nurss⁶ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานเฉพาะ เรื่องโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วย ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ร้อยละ 48 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานที่เขาเป็นอยู่ในระดับที่ต่ำ ซึ่งไม่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพตนเอง จึงส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจัดการตนเองและดูแลตนเองที่จำเป็น ทำนองเดียวกันในประเทศไทยมีการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ร้อยละ 59.9 มีปัญหาในการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และร้อยละ 22.9 มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ

นอกจากนี้ยังเกิดจากการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางสังคม เช่นการขยายตัวของสังคมเมือง กลยุทธ์ทางการตลาด ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการสื่อสารที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตและทำให้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากวิถีชีวิตที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีรสหวานมันเค็ม การขาดการออกกำลังกาย การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ และความเครียดที่สะสมมาเป็นเวลานานทำให้เกิดโรคและความพิการ⁷⁻⁸

กล่าวได้ว่าความรู้และการปฏิบัติด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่วัดได้จากภาวะทางสุขภาพ ตั้งแต่ระดับสุขภาพที่มีความแข็งแรงจนถึงเจ็บป่วย ดังนั้น การแก้ไขปัญหาสุขภาพของแต่ละบุคคล ครอบครัว และชุมชนนั้น จึงต้องพัฒนาควบคู่กันไปในทุกมิติของสาเหตุปัจจัยของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทุกองค์ประกอบของประชาชน ทั้งนี้โครงสร้างประชากรประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ สัดส่วนของประชากรวัยแรงงานในประเทศไทยจะลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ

67.57 เหลือร้อยละ 60.85 ในปี พ.ศ.25739 ทำให้ประชากรวัยทำงานต้องแบกรับภาระในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุมากขึ้น และเมื่อประชากรวัยแรงงานเหล่านี้ มีปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อที่ป้องกันได้ ก็ส่งผลกระทบตามมาในด้านบุคคล ประชาชนวัยแรงงานเหล่านี้ เกิดความสูญเสียทั้งร่างกาย จิตใจและทรัพย์สินเงินทองเพื่อเป็นค่ารักษาพยาบาล ในระดับครอบครัว สมาชิกในครอบครัวต้องสูญเสียรายได้และค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาพยาบาล และในระดับชุมชน ชุมชนต้องสูญเสียทุนมนุษย์ที่จำเป็นต่อการพัฒนาชุมชน ซึ่งถึงแม้ว่า ปัจจุบันจะมีนโยบาย 30 บาท และบัตรประกันสังคมเพื่อช่วยเหลือประชาชนที่เจ็บป่วย แต่นั่นอาจจะไม่เพียงพอ เพราะรัฐบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นในอนาคตหากประเทศไทยไม่มีการป้องกันโรคเรื้อรังอย่างจริงจังในประชากรวัยแรงงานแล้ว อุบัติการณ์โรคเบาหวานน่าจะยิ่งเพิ่มมากขึ้น

มาตรการที่สำคัญสำหรับการแก้ปัญหาข้างต้นกล่าวคือการลดพฤติกรรมเสี่ยง โดยดำเนินงานเชิงรุก สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อโรค การส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามหลัก 3อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) และ 2ส. (เหล้า บุหรี่) การลดการเกิดโรคเรื้อรังซึ่ง อ.ที่ 1 คือ อาหาร รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ครบทั้ง 5 หมู่ ลดความหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักและผลไม้ หลีกเลี่ยงอาหารที่ใช้น้ำมันซ้ำหลายๆ ครั้ง รับประทานอาหารหลากหลาย อ.ที่ 2 คือ ออกกำลังกาย การออกกำลังกายทำให้แข็งแรง อายุยืน โดยออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที และทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน อ.ที่ 3 คือ อารมณ์ เลือกริธีที่ถนัด สนใจ ทำแล้วเพลิดเพลิน ลดความเครียดมีความสุข ส.ที่ 1 คือ ลดการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ทำให้หัวใจขาดเลือดหลอดเลือดหัวใจตีบ ส.ที่ 2 คือ ลดการดื่มสุรา การดื่มสุราทำให้ความดันโลหิตสูงเกิดโรคหัวใจ¹⁰ สอดคล้องกับงานที่วิจัยที่ผ่านมาซึ่งพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงรายใหม่มีค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและแรงสนับสนุนมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตตัวล่าง ระดับไตรกลีเซอไรด์ ดัชนีมวลกายและรอบเอว น้อยกว่าก่อนทดลอง¹¹

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้การพัฒนาและประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง จังหวัดร้อยเอ็ดขึ้น เพื่อให้เสี่ยงโรคเบาหวานได้เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development approach) แบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง ในขั้นนี้แบ่งการดำเนินงานเป็น 5 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 การศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในขั้นนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อสำรวจและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การประเมินความเสี่ยง การป้องกัน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค ได้แก่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแนวคิดการจัดการตนเองของลوريคและฮอลแมน รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์สังเคราะห์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน เพื่อวิเคราะห์ประเด็นสำคัญและสังเคราะห์เป็นโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในขั้นที่ 3 ต่อไป

ขั้นที่ 3 การสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยง โดยนำ

ผลการวิเคราะห์สังเคราะห์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากขั้นที่ 2 ร่วมกับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานมาจัดทำสาระสำคัญของประกอบของแต่ละกิจกรรมในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยมีองค์ประกอบของแต่ละกิจกรรม ได้แก่ ชื่อกิจกรรม วัตถุประสงค์ แนวความคิด ขั้นตอนดำเนินการ กิจกรรม สื่อที่ใช้ และการประเมินผล

ขั้นที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ดำเนินการดังนี้ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาความสอดคล้องขององค์ประกอบในกิจกรรมโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น เพื่อนำผลมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยกำหนดค่าดัชนีความสอดคล้องที่รับได้ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป¹² ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน

ขั้นที่ 5 การปรับปรุงคุณภาพของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการโดยนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

การวิจัยระยะที่ 2 การประเมินผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 4 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 การเตรียมการทดลอง

1.1 การกำหนดประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

1.1.1 ประชากรศึกษา คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในเขตบริการของศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 804 คน⁵ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในเขตบริการของศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยพิจารณาจากผลการตรวจคัดกรอง ปีงบประมาณ พ.ศ.2563

เทียบกับเกณฑ์การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข¹³ 2) เป็นผู้ที่มิระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Capillary Blood Glucose: FCG) ด้วยการเจาะปลายนิ้ว มีค่าระหว่าง 100 – 125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) มีค่าระหว่าง 6.0-6.4 % 3) เป็นผู้ที่ไม่เคยใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวาน 4) เป็นผู้ที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อ โรคกระดูก และข้อต่อ 5) อายุ 40-59 ปี และ 6) ยินดีและสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1) ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้นไม่ถึงร้อยละ 80 จากระยะเวลาทั้งหมด 2) เข้าร่วมวิจัยเกิดโรคแทรกซ้อนในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้น เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด และ 3) ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดอาการเจ็บป่วยหรือมีปัญหาไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้นต่อไป

1.1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในเขตบริการของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ผู้วิจัยได้ใช้หลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การกำหนดขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 1 กลุ่ม (ทดสอบสมมุติฐาน) ของโคเฮน¹⁴ ค่าแอลฟาที่ระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 กำหนดค่าขนาดของผลกระทบ (Effect size) ที่ 0.12 และค่าอำนาจของการทดสอบ (Power of the test) ที่ .84 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 66 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับฉลาก (Simple random sampling) เข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาจากงานวิจัยที่ผ่านมาของอัมพร ไวยโกศา¹⁵ ที่ได้พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสันมะนะ อำเภอมือเมือง จังหวัดลำพูน

$$n = \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_0)^2} \quad n = \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\delta^2}$$

$$\delta = \frac{(\mu_1 - \mu_2)}{\sigma} = \text{effect size}$$

Z_∞ สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น = 1.96

Z_β อำนาจการทดสอบ = 0.84

σ^2 ความแปรปรวน = 2.79

$\mu_1 - \mu_2$ ค่าเฉลี่ยความแตกต่างก่อนและหลัง
= 15.97-15.63 = 0.34

1.2 การพัฒนาเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1.2.1 เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่
โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน
โรคเบาหวาน

1.2.2 เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวม
ข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่พัฒนามาจากการศึกษาของอ
รุณีย์ ศรีนวล¹⁶ แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย
ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา
อาชีพ รายได้ต่อเดือนคำถามเป็นลักษณะเลือกคำตอบและ
เติมข้อความ จำนวน 10 ข้อ น้ำหนักและส่วนสูง

ตอนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของ
โรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค
ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินคำตอบแบบ Likert scale
จำนวน 30 ข้อโดยมี 3 ตัวเลือกคือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็น
ด้วย ลักษณะคำถามจะแบ่งตามความเชื่อด้านสุขภาพ 3
ด้านคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคการรับรู้ความ
รุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการ
ป้องกันโรค แต่ละด้านมีข้อความคำถาม 10 ข้อเท่ากันและมี
คะแนนแต่ละด้านเป็น 10-30 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแล
ตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ ให้ผู้ตอบ
พิจารณาจาก 2 ตัวเลือกคือ ถูก หรือผิดและเกณฑ์การให้
คะแนน ลักษณะคำถามจะแบ่งตามความรู้ 3 ด้านรวม 20
ข้อ รวมคะแนน 0-20 คะแนน โดยแบ่งเป็น 1) ความรู้ด้าน

อาหาร 10 ข้อ คะแนน 0-10 คะแนน 2) ด้านการออกกำลังกาย 5 ข้อ คะแนน 0-5 คะแนน 3) ด้านการผ่อนคลาย
ความเครียด 5 ข้อ คะแนน 0-5 คะแนน

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน
โรคเบาหวาน เพื่อใช้วัดพฤติกรรมดูแลตนเอง ของกลุ่ม
เสี่ยงโรคเบาหวานในศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง แบ่งเป็น 3 ส่วน
คือ การรับประทานอาหาร การดูแลตนเองด้านการออก
กำลังกาย และด้านการผ่อนคลายความเครียด

1.2.3 การสร้างเครื่องมือวิจัย การสร้างเครื่อง
มือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการ โดย
1) ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 2) กำหนดจุดมุ่งหมาย
ขอบเขตเนื้อหา กิจกรรมและเครื่องมือที่ใช้ 3) กำหนด
เนื้อหา ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวาน ได้แก่ ความหมาย
สาเหตุ อาการอันตรายจากโรคเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงต่อโรค
เบาหวานและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานเกี่ยว
กับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย
ความเครียดซึ่งใช้แนวคิดการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม
เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย 4) สร้างแผนการ
ให้โปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความ
เชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม และคู่มือ
การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และ 5) นำเครื่อง
มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องของ
การใช้ภาษา ความชัดเจนของภาษา และความตรงในเนื้อหา
(Content Validity) แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไป
ทดลองใช้

1.2.4 การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย ขั้นตอน
การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการพัฒนา และการเก็บ
รวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการโดย 1) ความตรงของเนื้อหา
(Content validity) นำแบบสัมภาษณ์ และเครื่องมือที่ใช้
ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบปรับปรุง
แก้ไขหลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้วิจัย
นำแบบสัมภาษณ์และเครื่องมือที่ใช้จัดกิจกรรมมาปรับปรุง
แก้ไขเพิ่มเติม เพื่อความเหมาะสมของภาษาและความ
ชัดเจนของเนื้อหาอีกครั้งหนึ่ง และ 2) การหาความเชื่อมั่น
ของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสัมภาษณ์ที่แก้ไข
ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 40-59 ปี ที่

มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา ในการสัมภาษณ์แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ก่อนนำไปใช้จริง โดยใช้สูตรของ Cronbach's alpha coefficient ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ภายหลังการทดลองใช้ และปรับปรุงแบบสัมภาษณ์แล้ว วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.92

ขั้นที่ 2 การดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ระยะเตรียมการ โดย 1) จัดทำบันทึกและการเข้าพบหัวหน้าศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง เพื่อชี้แจงในเรื่องรายละเอียดและระยะเวลาของการวิจัยและ 2) ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง จังหวัดร้อยเอ็ดที่เกี่ยวข้อง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อชี้แจงขั้นตอนและกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินงานและเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2.2 ระยะดำเนินการวิจัย โดย 1) ติดต่อขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง จังหวัดร้อยเอ็ดเพื่อขอข้อมูลต่างๆ เช่น อายุ 40-59 ปี เพศ ระดับการศึกษาและอาชีพของกลุ่มเป้าหมาย จากแฟ้มบันทึกสุขภาพประจำครอบครัว คุณสมบัติของบุคคลที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานและญาติพี่น้องเป็นเบาหวานจากอาสาสมัครสาธารณสุข ทั้งนี้เพื่อทราบข้อมูลพอเป็นสังเขป ก่อนลงไปคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนด 2) สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มเสี่ยงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับฉลากจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ จำนวน 66 คน 3) ติดต่อขอความร่วมมืออาสาสมัครสาธารณสุข ช่วยนัดหมายกลุ่มเป้าหมายพบกันในห้องประชุม 1 ครั้งเพื่อชั่งน้ำหนักและส่วนสูง แล้วคำนวณค่าดัชนีมวลกายเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25.0 กก./ม² ขึ้นไป สอบถามความร่วมมือในการวิจัย และให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยลงนามในใบยินยอม สอบถามประวัติการเป็นเบาหวานของญาติ รวมทั้งตรวจหาระดับน้ำตาลในปัสสาวะและคัดเลือกประชาชนกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์ที่กำหนดอีกครั้ง และ 4) นัดหมายอาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละหมู่บ้าน ผู้ช่วยวิจัยและกลุ่มเป้าหมายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและทำการวิจัยต่อไป

2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปความเชื่อด้านสุขภาพความรู้ในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดและสัมภาษณ์พฤติกรรมในการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ก่อนการทดลอง (Pre-test) 1 สัปดาห์ และนัดหมายวัน และสถานที่เพื่อพบกลุ่มโดยไปตามจุดนัดในชุมชน ซึ่งแบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มละไม่เกิน 6 คน

2) แต่ละกลุ่มหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองแล้ว พิจารณาข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานว่าเป็นอย่างไร เพื่อจัดกลุ่มให้โปรแกรมสุขศึกษา ตามกิจกรรมที่กำหนดตามขั้นตอนคือ สร้างสัมพันธภาพ เล่าประสบการณ์ อภิปรายกลุ่มย่อยร่วมกัน นัดหมายครั้งต่อไปและเยี่ยมบ้านเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยในระหว่างก่อนที่จะถึงวันนัด ผู้วิจัยจะกระตุ้นเตือนการปฏิบัติ และการบันทึกทางโทรศัพท์ หรือกระตุ้นเตือนที่บ้าน ในสัปดาห์ที่ 5 และสัปดาห์ที่ 7 ของการทดลอง

3) รวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8-9 (Post-test) โดยผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดิม เก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านพร้อมทั้ง ชั่งน้ำหนักตัว และคำนวณค่าดัชนีมวลกาย

ขั้นที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

3.1 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ 1) ใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลทั่วไป ที่เป็นตัวแปรต่อเนื่องของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ รายได้ ค่าดัชนีมวลกาย แล้วนำข้อมูลมาจัดกลุ่มแจกแจงความถี่เป็นจำนวนและร้อยละ 2) แจกแจงความถี่ของข้อมูลเป็นจำนวน และร้อยละ เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลที่เป็นตัวแปรแจกแจงของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อาชีพ และระดับการศึกษา

3.2 สถิติอนุมาน โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพในแต่ละด้านความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ระหว่างก่อนกับหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดวัตถุประสงค์และวิธีการของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย และเมื่อผู้เข้าร่วมงานวิจัยอนุญาตและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงทำการลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลส่วนตัวต่าง ๆ จะเก็บเป็นความลับจะไม่เปิดเผยข้อมูลรายบุคคล แต่รายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลในภาพรวมที่ไม่สามารถระบุถึงตัวบุคคลได้ กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อที่ต้องการโดยไม่มีผลต่อการรักษาหรือบริการใด ๆ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นชาย (56.7%) อายุเฉลี่ย 55 ปี สถานภาพสมรสคู่ (76.7%) จบการศึกษาระดับอนุปริญญา (41.7%) อาชีพแม่บ้าน

(30.0%) รายได้ของครอบครัว 35,000 บาทต่อเดือน และดัชนีมวลกายเกิน (33.3%)

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

หลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.09 คะแนน (95% CI ; 1.02, 1.16) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 8.43 คะแนน (95% CI ; 7.28, 9.58) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.65 คะแนน (95% CI ; 0.55, 0.74) ตามลำดับ ดังปรากฏในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง

	n	Mean (SD)	Mean diff (SE.)	95%CI		p
				Lower	Upper	
ความเชื่อด้านสุขภาพ						
ก่อนการทดลอง	66	1.65(0.20)	1.09(0.03)	1.02	1.16	< .001
หลังการทดลอง	66	2.74(0.16)				
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง						
ก่อนการทดลอง	66	18.22(1.19)	8.43(0.57)	7.28	9.58	< .001
หลังการทดลอง	66	9.80(4.03)				
พฤติกรรมการดูแลตนเอง						
ก่อนการทดลอง	66	2.32(0.22)	0.65(0.36)	0.55	0.74	< .001
หลังการทดลอง	66	1.67(0.33)				

วิจารณ์

หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง จังหวัดร้อยเอ็ดกับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจำนวน 66 คน เป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์ แล้วประเมินผลวิจัยพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.09 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะอารมณ์ และความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง¹⁷ เช่นเดียวกับการศึกษากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งกลุ่มเสี่ยงได้รับการอบรมให้ความรู้และเพิ่มการรับรู้แบ่งเป็น 5 ฐาน ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้เรื่องโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อโรคเบาหวาน อาหารที่เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรค การออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด ในสัปดาห์ที่ 1 การเยี่ยมบ้านสัปดาห์ ที่ 2 และ 6 รวมถึงนัดหมายการรวมกลุ่มสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) ในทุกด้านทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน เช่นเดียวกับในส่วนของพฤติกรรมการป้องกันโรค กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานดีกว่าก่อนทดลอง¹⁸ และหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ การรับรู้ที่เกี่ยวกับโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม¹⁹ และภายหลังการทดลองกลุ่มเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานมากกว่าก่อนการทดลอง¹⁶ การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแล

ตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง จังหวัดร้อยเอ็ดครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock²⁰ ซึ่งเชื่อว่าการที่บุคคลแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคอย่างน้อยที่สุดโรคนั้นต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตของเขา การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขา โดยช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้น ๆ และการปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรมียุทธศาสตร์ทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา ความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค 4) การรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรค และเพื่อให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคได้ บุคคลก็ต้องมีการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าตนเองนั้น สามารถที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้นั้นก็คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ทั้งนี้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานเห็นว่า ความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ เช่น การรับรู้ความสามารถตามความยากง่ายของพฤติกรรม ความมั่นใจในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม และความสามารถที่จะถอยโยกประสบการณ์อื่น ๆ มาใช้ในสถานการณ์ใหม่ และเมื่อบุคคลมีความเชื่อด้านสุขภาพ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแล้ว สิ่งที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง²¹ ประกอบกับการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีรวมถึงการหลีกเลี่ยงจากโรคร้ายหรืออันตรายต่าง ๆ ที่คุกคามชีวิต การดูแลตนเองเป็นการกระทำของบุคคลที่จิตใจ และมีเป้าหมายซึ่งแต่ละบุคคลจะมีศักยภาพ และความสามารถในการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน กล่าวคือมีการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพ²² ดังนั้น จึงส่ง

ผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา

กลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาโดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 8.43 คะแนน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในตำบลวัดเพลง อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม²³ ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 20.9 คะแนนหลังทดลอง มีความรู้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.9 แสดงให้เห็นว่า ความรู้ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง²⁴ ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวาน ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลเพิ่มขึ้น²⁵ การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเองนั้นมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Andragogy) ของ มัลคอล์ม โนลส์ (Malcolm Knowles) ซึ่งจอห์น ดิวอี้ (John Dewey) ได้เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางดังทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Andragogy) ได้ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง และถือว่าประสบการณ์ของผู้เรียนเป็นหัวใจสำคัญสำหรับการเรียนรู้จากพื้นฐานแนวคิดดังกล่าวได้ต่อยอดมาเป็นแนวคิดการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเองที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ซึ่งผู้เรียนสามารถชี้นำตนเองไปสู่การเรียนรู้ที่ต้องการได้โดยมีผู้สอนเป็นผู้คอยสนับสนุนและช่วยเหลือเท่านั้น²⁶ ในทำนองเดียวกัน โนลส์ (Knowles) ได้กล่าวถึงความสำคัญและประโยชน์ของการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเองไว้ว่า บุคคลที่เรียนรู้ด้วยการริเริ่มของตนเองจะเรียนได้มากกว่าดีกว่า มีความตั้งใจมุ่งมั่นหมายและมีแรงจูงใจสูงกว่า สามารถนำประโยชน์จากการเรียนรู้ไปใช้ได้ดีกว่าและยาวนานกว่าคนที่เรียนรู้โดยเป็นแต่เพียงผู้รับหรือรอการถ่ายทอดจากผู้สอนเท่านั้น ซึ่งแนวคิดดังกล่าวได้เติบโตอย่างมากในโลกของการฝึกอบรม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

การฝึกอบรมในองค์กร²⁷

นอกจากนี้ยังพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.65 คะแนนเช่นเดียวกับการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา หลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง⁵ สอดคล้องกับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานในชุมชนซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น² การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการที่บุคคลจะมีทักษะในการดูแลตนเองที่ดีเพิ่มขึ้นนั้น จำเป็นจะต้องได้รับความรู้ หรือข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ร่วมกับการฝึกทักษะที่จำเป็น แต่การได้รับความรู้เพียงครั้งเดียวในวันที่ได้รับการวินิจฉัยหรือการมาตรวจตามนัด อาจจะไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องได้ ดังนั้น กิจกรรมการให้ความรู้จำเป็นต้องให้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะใช้กลวิธีที่หลากหลายอย่างไรก็ตาม บุคคลนั้นต้องมีความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ เพื่อที่จะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ดี และถือเป็นประสบการณ์ที่มีความหมายสำหรับบุคคลนั้น ซึ่งการวิจัยครั้งนี้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง

สำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของลอริกและฮอลแมน²¹ โดยมีแนวคิดว่าคุณคนสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากมีความรู้ทักษะจำเป็น และมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนที่จะมีพฤติกรรมจัดการตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการจัดการตนเองในระยะก่อนเบาหวาน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการทางการแพทย์ (Medical management) ได้แก่ การควบคุมอาการ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร 2) การจัดการกับบทบาท (Role management) เป็นการคงไว้ ปรับเปลี่ยน และการสร้างบทบาทให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย 3) การจัดการกับอารมณ์ (Emotional management) เป็นการจัดการอารมณ์ที่เป็นผลจากความเจ็บป่วย เช่นอารมณ์กลัว เครียด ซึมเศร้า ซึ่งความรู้จะส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวาน สามารถมีพฤติกรรมสุขภาพ

ที่เหมาะสมได้ และเมื่อมีความรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติ ทำให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานสามารถจัดการกับอารมณ์เครียด หรือวิตกกังวลที่อาจเป็นผลจากความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายได้²⁴ อีกทั้งโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่สร้างขึ้นนั้น ได้จัดให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานได้ฝึกทักษะที่สำคัญ 6 ประการ ได้แก่ 1) ทักษะการแก้ปัญหา 2) ทักษะการตัดสินใจ 3) การใช้แหล่งประโยชน์ 4) การสร้างสัมพันธภาพกับบุคลากรด้านสุขภาพ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การปรับกิจกรรมให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล และเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยวิธีการให้ประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเองการได้เห็นตัวอย่างจากวิถีชีวิตแบบผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานที่ประสบความสำเร็จในการออกกําลังกายด้วยการเดิน การรับประทานอาหารเช้าและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและประสบการณ์ของผู้อื่นที่คล้ายคลึงกับตนเอง ทำให้ ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานได้เห็นต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานมีความกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมจัดการตนเอง ทั้งการเลือกรับประทานอาหารการออกกําลังกาย และหลังเข้าร่วมโครงการ¹² สัปดาห์กลุ่มเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ⁸

ข้อจำกัดของการศึกษา การวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มารับการตรวจติดตามการรักษาในศูนย์แพทย์โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเท่านั้น อาจไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงที่ไปรับการตรวจคัดกรองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือสถานบริการเอกชน จุดแข็งของการศึกษา งานวิจัยส่วนใหญ่เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลหรือจัดเป็นกลุ่ม และใช้บ้านหรือชุมชนเป็นห้องเรียนของกลุ่มเสี่ยง

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองจะเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา แต่ก็เพิ่มเพียง ร้อยละ 21.6 เท่านั้น ซึ่งถือว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก ดังนั้น

การนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ ควรมีผู้กำกับ ติดตามและแก้ไขอุปสรรคของพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงภายในครอบครัว เช่น สามี หรือภรรยา บุตร หรือบุคคลอื่นที่กลุ่มเสี่ยงให้ความไว้วางใจ อย่างมีส่วนร่วมและต่อเนื่อง ควรมีโปรแกรมการปรับพฤติกรรมสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ไปปรับใช้กับผู้เป็นกลุ่มเสี่ยงในชุมชนที่รับผิดชอบและเครือข่ายอย่างครอบคลุม และพัฒนาปรับปรุงเครื่องมือหรือโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ให้ทันสมัยสอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของชุมชน เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอยู่เสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) กลุ่มดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย ; 2560.
2. ชนิษฐา พิศฉลาด, ภาวดี วิมลพันธุ์. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการจัดการตนเองดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานในชุมชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2560 ; 27(1) : 47-59.
3. ดารณี ทองสัมฤทธิ์, กนกวรรณ บริสุทธิ์, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก. ผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในตำบลวัดเพลง อำเภอดำรงวิทยารัษฎาบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2560 ; 28(1) : 26-37.
4. ถนัด จำกลาง.ประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น.วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม 2560 ; 4(1) :151-62.
5. พรรณีนา ตูรงค์เรือง. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2561 ; 8 (2) : 192-9.

6. พรพรรณ ลีลาตสง่างาม, จินตนา จุลทรศรี และ สุภาพร ใจการุณ. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงจังหวัดอุบลราชธานี.วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น 2562 ; 16 (1) : 274-86.
7. พัชรวัลย์ วงศ์บุญสิน. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในยุคสังคมเสี่ยงภัย มุมมองทางประชากรศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ; 2554.
8. ยุคลธร เขียววรรณ, มยุรี นิรัตรราตร, ชดช้อย วัฒน. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. พยาบาลสาร 2555 ; 39(2) : 132-43.
9. เอกพลากร. รายงานการตรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 42551-2552. นนทบุรี : โรงพิมพ์เดอะกราฟิกซิสเต็มส์ ; 2553.
10. สมศักดิ์ มากกลิ่นกุล, พนิตารัชฎาภาศ และนวลระหงษ์ เขียวใหม่. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงตำบลอุโมงค์ อำเภอมือง จังหวัดลำพูน.วารสารสาธารณสุขสุลันนา 2563 ; 6 (2) : 178-81.
11. สุตาภัทร ประดับแก้ว. การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2561.
12. สุรากวี หนูแบน, อารยา ปรานประวิตร, สาโรจน์ เพชรเมณี. ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอมือง จังหวัดลำพูน.วารสารบัณฑิตวิจัย 2559 ; 7(1) : 101-14.
13. สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2558 สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : กรมควบคุมโรค ; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 26 พฤศจิกายน 2560]. G ขังได้จาก : <http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/Annual-report-2015.pdf>
14. สำรวย กัลยณี, ศศิวรรณ ทศนเอี่ยม. ผลของการประยุกต์ใช้หลัก 3อ. 2ส. ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงรายใหม่. วารสารราชพฤกษ์ 2562 ; 17(2) : 95-104.
15. อัมพร ไวโยคา. การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสันมะนะ ตำบลตันธง อำเภอมือง จังหวัดลำพูน. วารสารวิจัยราชภัฏเชียงใหม่ 2556 ; 14(1) : 82-94.
16. อรุณีย์ ศรีนิวล. การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในอำเภอมือง จังหวัดกาฬสินธุ์[วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2548.
17. Bandara, A. Social Foundations of Thought and Action. New Jersey: Prentice-Hall, Inc. 1986.
18. Gould, J. Learning theory and classroom practice in the lifelong learning sector. (2nded). Exeter : Learning Matters. 2012.
19. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. Retrieved from www.diabetesatlas.org. 2015.
20. Patricia M Kearney, Megan Whelton, Kristi Reynolds, Paul Muntner, k Whelton, Jiang He. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. THE LANCET 2005 ; 365(9455) : 217-23.
21. Lorig KR, Holman HR. Self-management education : history, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med 2003 ; 26(1) : 1-7.
22. Orem, D. E. Nursing Concept of Practice (4thed.). St Louis : Mosby Year Book. 1991.
23. Rosenstock, I.M. "The health belief model and preventive health behavior." Health Education Monographs 1974 ; 12(2) : 329-86.

24. Tongpeth J. Self-management promoting potential program on blood sugar control and Quality of life among diabetes mellitus type 2. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2013 ; 14(2) : 69-78.
25. Wilcox, S. Fostering self - directed learning in the university setting. Studies in Higher Education 1996. 21(2) : 165-176.
26. Williams, M.V., Baker, D.W., Parker, R.M., & Nurss, J. R.. Relationship of functional Health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients With hypertension and diabetes. Arch Inter Med 1998 ; 158 : 166-172.
27. World Health Organization. Governance: Updating Appendix 3 of the WHO Global NCD Action Plan 2013-2020 [Internet] 2018 [cited 2018 November 26]. Available from : <http://www.who.int/ncds/governance/appendix3-update/en/>

ผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มีการใช้อินซูลินฉีดผ่านกิจกรรมเยี่ยมบ้าน Outcome of Pharmaceutical care in Eldery Diabetic Patients that use Insulin Injection through Home visit by Pharmacist

พจมาลย์ บุญกลาง *

Photjamarn BoonKlang

Corresponding author : Email : Photjamarn2519@gmail.com

(Received : June 29, 2020 ; Revised : July 20, 2020 ; Accepted : July 30, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มีการใช้อินซูลินฉีดในประเด็นการเก็บรักษายา ทักษะการฉีดยา และอธิบายลักษณะปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มีการใช้อินซูลินฉีดในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านความสามารถในการดูแลตนเอง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา

วัสดุและวิธีการวิจัย : ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนจากศูนย์ดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลจังหวัดและได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้งในระหว่าง ตุลาคม 2562 ถึง กุมภาพันธ์ 2563 ใช้เครื่องมือเป็นแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านของศูนย์ดูแลต่อเนื่อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ

ผลการวิจัย : ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 26 ราย เป็นเพศหญิง 16 ราย (61.5%) เพศชาย 10 ราย (38.5%) อายุระหว่าง 60 ปี ถึง 83 ปี ในการค้นหาปัญหาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเก็บรักษายาไม่ถูกต้อง 18 ราย (69.2%) โดยมักพบการเก็บยาอินซูลินฉีดไว้ที่ผ้าตู้เย็นเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาได้แก่ การเก็บใต้ช่องแช่แข็ง และการเก็บไว้โดยไม่ได้แช่เย็น ในส่วนทักษะการฉีดยาพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีทักษะการฉีดยาผิด โดยส่วนใหญ่จะหมุนปรับขนาดยาผิด รองลงมาได้แก่การฉีดยาบริเวณเดิมซ้ำ ๆ จนเกิดรอยซ้ำจากการฉีด เมื่อค้นหาปัญหาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก พบปัญหาเกิดขึ้น 4 ด้าน โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือด้านร่างกาย 17 ราย รองลงมาได้แก่ ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง 8 ราย ด้านจิตใจ 7 ราย และด้านสังคม 1 ราย

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการ 1) จัดบริการ ณ สถานบริการในการให้คำแนะนำการจัดเก็บยาที่ถูกต้อง การทบทวนทักษะการฉีดยา การตรวจร่างกายเพื่อประเมินผิวหนังบริเวณฉีดยาของผู้ป่วย 2) การทำให้ผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชนมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการถ่ายทอดความรู้และทักษะด้านการใช้อินซูลินฉีด อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนไว้กับศูนย์ดูแลต่อเนื่องเท่านั้นหากต้องการศึกษาปัญหาที่ครอบคลุมควรทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มีการใช้อินซูลินฉีดทั้งหมดเพื่อให้ทราบถึงปัญหาและลักษณะของปัญหาทั้งนี้เพื่อการจัดบริการให้เหมาะสมกับช่วงวัยของผู้ป่วยมากขึ้น

คำสำคัญ : การดูแลต่อเนื่องด้านยา ; การเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร ; ผู้สูงอายุ ; การใช้อินซูลินฉีด

*เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลจังหวัด จังหวัดร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purpose : To 1) identify problems of elderly diabetic patients with insulin injection in drug storage and injection skills 2) To describe the problems of elderly diabetic patients with insulin injection in various fields 2.1) Physical aspect 2.2) Psychological 2.3) Social aspect and 2.4) self-care ability.

Design : Descriptive research

Materials and Methods : The study was conducted in patients who were registered at the Continuing care center at Changan hospital and received at least one home visit between October 2019 to February 2020 and using the tool to record the home visit. Data were analyzed using frequency, percentage.

Main findings : The results of the study of 26 subjects were 16 female (61.5%X, 10 males (38.5%), aged between 60-83 years old. Most of the problem storage insulin injections were stored in the refrigerator lid , under the freezer and storage without refrigeration , respectively. For injection skills was found that the sample group still had the wrong injection skills. Most of wrong skill was wrong dose rotated, injection at the same body area , respectively. Finding for problems through in-depth interviews, the most common problems was physical problem 17 patients, self -care ability problem 7 patients and social problem 1 patients.

Conclusion and Recommendations : The results of this study can be used to 1) provide on-site service to accurate drug storage and injection skills review physical examination to assess the skin at the injection site of patient. 2) Engaging caregivers and community networks to assist patients by transferring knowledge and skills in the use of insulin injections. However, this study was aimed at patients who were registered with and continuing care center if need to study the problems covered, a study of all insulin injected elderly diabetic patients should be conducted to identify the problem and the nature of the problem in order to provide services that are more appropriate to the patient's age.

Keywords : Continued care in medicine ; Home visits by a pharmacist ; The elderly ; Insulin injection

บทนำ

ปัจจุบันโรงพยาบาลจังหวัดจันทบุรีมีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 2323 ราย เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 1497 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องใช้อินซูลินฉีด จำนวน 385 ราย จากการประเมินการใช้ยาในแผนกผู้ป่วยนอก พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีการใช้อินซูลินฉีดนี้มีปัญหาการใช้ยาจนส่งผลกระทบต่อผลการรักษาและคุณภาพชีวิตของตัวผู้ป่วยเอง ในปี พ.ศ. 2559 ถึง 2561 ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มีการใช้อินซูลินฉีดบางส่วนได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรและสหสาขาวิชาชีพทำให้ได้พบปัญหาหลายประการที่เกิดผลกระทบต่อผลการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงมีความจำเป็นที่จะจัดทำโครงการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มีการใช้อินซูลินฉีดผ่านกิจกรรมเยี่ยมบ้านต่อเนื่องเพื่อให้ผลการรักษาของผู้ป่วยอยู่ในระดับดี

กรอบแนวคิด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มีการใช้อินซูลินฉีด
2. เพื่ออธิบายลักษณะปัญหาผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มีการใช้อินซูลินฉีด

วิธีดำเนินการวิจัย

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มีการใช้อินซูลินฉีดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนจากศูนย์ดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลจังหวัดจันทบุรีและได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้งในระหว่าง ตุลาคม 2562 ถึง กุมภาพันธ์ 2563 โดยผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนจากศูนย์ดูแลต่อเนื่อง หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาโดยการใช้อินซูลินฉีด และมีปัญหาอย่างน้อย 1 ข้อดังนี้

1. จากแผนกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกิน 180 mg/dL ต่อวันเกิน 3 รอบการนัด
2. จากแผนกผู้ป่วยในเมื่อทำการระบุนการวางแผนการจำหน่ายแล้วพบว่าผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงต่อปัญหาทางร่างกาย จิตใจ สังคมและผู้ดูแล
3. จากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในและนอกโรงพยาบาลที่พบปัญหาของผู้ป่วยและคาดว่าจะส่งผลกระทบต่อการรักษา
2. ดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้าน ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก (Deep Interview) และการสังเกต (Observation) จากนั้นนำข้อมูลบันทึกในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านของศูนย์ดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาล จังหวัด
3. นำข้อมูลเชิงปริมาณมาวิเคราะห์ด้วยความถี่ร้อยละ
4. นำข้อมูลการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา
5. สรุปผลตามวัตถุประสงค์ในการค้นหาปัญหาและอธิบายลักษณะปัญหา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ใช้เครื่องมือเป็นแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านของศูนย์ดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลจังหวัดจันทบุรี
 2. แบบคำถามกึ่งโครงสร้างในการสัมภาษณ์เชิงลึก
- วิธีวิเคราะห์ข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ
- วิเคราะห์และนำเสนอด้วยความถี่ (Frequency) ร้อยละ(Percentage)
- การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ
- ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

จากการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มีการใช้อินซูลินฉีดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนจากศูนย์ดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลจังหวัดจันทบุรีและได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้งในระหว่าง ตุลาคม 2562 ถึง กุมภาพันธ์ 2563

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=26)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	16(61.5)
ชาย	10(38.5)
สถานะ	
คู่	19(73.1)
หม้าย	7(26.6)
สิทธิการรักษา	
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	26(100)

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 60 ปี ถึง 83 ปี โดยเพศหญิงอายุเฉลี่ย 66.4 ปี (min=60 max=83) เพศชายอายุเฉลี่ย 66.9 ปี (min=60 max=81)

ตารางที่ 2 ปัญหาผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มีการใช้อินซูลินฉีด (n=26)

ประเด็นปัญหา	จำนวน (ร้อยละ)
การเก็บยาฉีด	
ไม่ถูก	18(69.2)
ถูก	8(30.8)
เทคนิคการฉีด	
ไม่ถูก	15(57.7)
ถูก	11(42.3)

ผลการศึกษาเชิงปริมาณกลุ่มตัวอย่าง 26 ราย เป็นเพศหญิง 16 ราย (61.5%) เพศชาย 10 ราย (38.5%) อายุระหว่าง 60 ปี ถึง 83 ปี ในการค้นหาปัญหาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเก็บรักษายาไม่ถูกต้อง 18 ราย (69.2%) โดยมักพบการเก็บยาอินซูลินฉีดไว้ที่ฝาตู้เย็นเป็นส่วนใหญ่ รองลง

มาได้แก่ การเก็บใต้ช่องแช่แข็ง และการเก็บไว้โดยไม่ได้แช่เย็น ในส่วนทักษะการฉีดพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีทักษะการฉีดยาผิด โดยส่วนใหญ่จะหมุนปรับขนาดยาผิด รองลงมาได้แก่การฉีดบริเวณเดิมซ้ำ ๆ จนเกิดรอยซ้ำจากการฉีด

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

ตารางที่ 3 ลักษณะปัญหาผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มีการใช้อินซูลินฉีด(n=26)

ลักษณะปัญหา	ความถี่
ด้านร่างกาย	17
ด้านความสามารถการดูแลตนเอง	8
ด้านจิตใจ	7
ด้านสังคม	1

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ พบปัญหาเกิดขึ้น 4 ด้าน โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ด้านร่างกาย 17 ราย รองลงมา ได้แก่ ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง 8 ราย ด้านจิตใจ 7 ราย และ ด้านสังคม 1 ราย

ด้านร่างกาย

กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีปัญหาด้านใดด้านหนึ่ง ได้แก่

1. ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ตามเกณฑ์เป้าหมายได้
2. พฤติกรรมการกินไม่เหมาะสมกับโรคที่เป็น
3. มีผลข้างเคียงจากการใช้ยา บางรายเกิดจากผลของยาที่ใช้หลายตัวโดยผู้ป่วยไม่ได้แจ้งทีมรักษาให้ทราบว่าได้ใช้ยาอะไรจากที่ไหนบ้าง

ตัวอย่างคำพูด

“บ่ค่อยกินข้าว กินข้าวบ่แซบ กินบ่ค่อยเป็นเวลา ล่างเทื่อกะกินช่วงบ่ายสองบ่ายสาม ล่างเทื่อกะจะเมื่อยหลายกะกินน้ำหวาน” (ไม่ค่อยกินข้าว กินข้าวไม่อร่อย กินไม่ค่อยเป็นเวลา บางครั้งจะกินข้าวประมาณ 14.00 น หรือ 15.00 น บางครั้งเหนื่อมากจะกินน้ำหวาน) ผู้ให้ข้อมูล⁴

“ฉันมีตามัวมาประมาณ 4 เดือนแล้ว อยากไปตรวจตาอยู่ หนึ่งหม่องฉีดกะเป็นรอยอยู่แต่ว่าก็บ่ได้เจ็บได้หยั่ง” (ผิวหนังบริเวณฉีดมีรอยซ้ำ แต่ไม่รู้สึเจ็บ) ผู้ให้ข้อมูล⁶

“ผมกังวลเรื่องที่ผมเดินไม่ได้มากกว่านะคุณหมอ มันเดินยาก ขาบวม ผมเคยเดินได้ ผมไปหาหมอที่ขอนแก่นด้วย (รพ.เอกชน) เขาว่าผมเป็นเส้นประสาทอักเสบให้ยามากิน ผมไม่ได้บอกเขาว่าผมเป็นเบาหวานและไม่ได้บอกว่าใช้ยา

อะไรอยู่แล้วบ้าง” ผู้ให้ข้อมูล⁸

ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง

กลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังมีปัญหาในการใช้ยาฉีดด้วยตนเองอันเนื่องมาจากหลายสาเหตุ ได้แก่ ปัญหาด้านสายตาทำให้เป็นอุปสรรคต่อการหมุนสเกลปากกาฉีดยา อุปสรรคต่อการมองบริเวณผิวหนังที่ต้องฉีด อุปสรรคต่อการแทงเข็มลงไปในผิวหนัง อุปสรรคต่อการปิดล็อกเข็มกลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่มีผู้ดูแลที่สามารถฉีดยาให้ได้ เช่น อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุด้วยกัน ผู้สูงอายุนั้นก็ไม่สามารถฉีดยาให้กลุ่มตัวอย่างได้ กลุ่มตัวอย่างอีกส่วนหนึ่งแจ้งคนที่เคยฉีดเป็นผู้ฉีดให้มทั้งกลุ่มที่มาฉีดให้ที่บ้านและกลุ่มที่ผู้ป่วยต้องเดินทางไปหาที่บ้านผู้ฉีด

ตัวอย่างคำพูด

“บ่กล้าฉีดเองดอก ย่าน กะให้ญาติบ้านพุ่นละฉีดให้ ตอนเช้าก็ซิมมอไซด์ไปฉีด” (ไม่กล้าฉีดเอง กลัว ให้ญาติช่วยฉีดให้ ตอนเช้าจะซิมรถจักรยานยนต์ไปฉีด) ผู้ให้ข้อมูล⁴

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้าใจต่อตัวโรคว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายต้องรักษาไปตลอดชีวิต และไม่คิดว่าตัวโรคจะเป็นปัญหากับการดำรงชีวิต แต่ในขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับอินซูลินฉีดยังมีความกลัวต่อการฉีดยา เช่น ไม่กล้าฉีดเอง ไม่กล้าฉีดบริเวณผิวหนังหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งคิดว่าหากตนเองได้รับการรักษาโดยใช้อินซูลินฉีดแล้วหมายความว่า ตนเองมีอาการหนักมาก

ตัวอย่างคำพูด

“เบาหวานมันกะสิบ่เซาตอก เฮากะรักษามันไปเรื่อย”

(เบาหวานก็ไม่หายหรอก เรารักษามันไปเรื่อย ๆ) ผู้ให้ข้อมูล¹

“เรื่องโรคนี้เข้าใจดี คนเฒ่ากับข้าวก็น่ามี บ่มีหยักเลย เรื่องโรคนี้คิดว่าสืบทอดได้อยู่สำหรับเบาหวานนี้” (เรื่องโรคนี้เข้าใจดี คนทำกับข้าวให้ก็มี ไม่มีอะไรยุ่งยาก เรื่องโรคคิดว่าควบคุมได้) ผู้ให้ข้อมูล³

“เข้าใจอยู่ว่าเป็นโรคที่รักษาบ่หาย” (เข้าใจว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย) ผู้ให้ข้อมูล⁴

“เข้าใจว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่ต้องรักษาตลอดชีวิต เรื่องไปตามนัดนี้ฉันไปตลอด เรื่องเจ็บป่วยไม่ได้กังวลใจอะไร” ผู้ให้ข้อมูล⁶

กลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีความเครียด เช่น เครียดเรื่องของบุคคลในครอบครัว

ตัวอย่างคำพูด

“ยากแต่นำหลานนี่ละ เอียนกะบ่ได้เก็บได้เมียน” (ยุ่งกับหลานที่อายุน้อยยังไม่เข้าโรงเรียน บ้านก็ไม่ได้เก็บกวาด) ผู้ให้ข้อมูล 1

“อันที่คิดยาก อันที่คิดน่ายากคือหลาน เว้าบ่ฟัง นอนก่บ่หลับคิดนำเขาหลาย” ผู้ให้ข้อมูล 3

“แต่กังวลเรื่องหนี้สินธกส.เป็นหนี้อยู่ประมาณหมื่นกว่าบาทโครงการเงินล้านในหมู่บ้าน” ผู้ให้ข้อมูล⁶ ด้านสังคม

กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดไม่มีปัญหาด้านสังคม อันเนื่องมาจากลักษณะสังคมของหมู่บ้านยังอยู่แบบพึ่งพาอาศัยกัน มีเพียง 1 รายที่มีปัญหาเป็นปัญหาด้านเศรษฐกิจ ที่มีหนี้สินเดิมอยู่จำนวนหนึ่ง

ตัวอย่างคำพูด

“แต่กังวลเรื่องหนี้สินธกส.เป็นหนี้อยู่ประมาณหมื่นกว่าบาทโครงการเงินล้านในหมู่บ้าน” ผู้ให้ข้อมูล⁶

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปรับยาเกินและยาผิดเองโดยไม่ได้ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ มีการกินยาและฉีดยาไม่สม่ำเสมอโดยเฉพาะในรายที่ฉีดยาหรือฉีดยาเองไม่ได้และผู้ดูแลไม่ได้ช่วยด้วยทุกวัน ในประเด็นการเก็บรักษาอินซูลินผิดยังพบกลุ่มตัวอย่าง

เก็บไม่ถูกต้องซึ่งทำให้ยาเปลี่ยนสภาพได้ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการรักษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเด็น ความจำ การมองเห็น และการใช้มือหยิบจับ^{1,2}

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

การศึกษานี้ทำในกลุ่มตัวอย่าง 26 ราย ผลการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเด็น ลักษณะปัญหาของผู้สูงอายุด้านความจำ การมองเห็น การใช้มือหยิบจับ ดังนั้นการมีผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการช้ยาและดูแลสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย ในอนาคตที่มีผู้สูงอายุเป็นประชากรส่วนใหญ่ในระดับชุมชนควรจัดให้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนนั้น ๆ ด้วย

จากผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการจัดบริการในสถานบริการทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการให้คำแนะนำการจัดเก็บยาที่ถูกต้อง การทบทวนทักษะการฉีดยา การตรวจร่างกายเพื่อประเมินผิวหนังบริเวณฉีดยาของผู้ป่วย การทำให้ผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการถ่ายทอดความรู้และทักษะด้านการใช้อินซูลินฉีด

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาในประเด็นการทำลายเข็มหรือหลอดยาที่ใช้แล้วดังนั้นหากมีการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาประเด็นการทำลายเข็มหรือหลอดยาที่ใช้แล้วด้วย และควรศึกษาในกลุ่มอายุอื่นๆ เพื่อจะได้ทราบลักษณะปัญหาอันจะนำไปสู่การจัดบริการทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจันทนาแพทย์ชนาการ ศิริชะภูมิที่ได้ให้โอกาสในการศึกษานี้ ขอขอบคุณทีมงานเยี่ยมบ้าน พยาบาลประจำศูนย์เยี่ยมบ้านที่เมตตาไม่ว่าจะต่อคนไข้หรือผู้ร่วมงาน โภชนาการประจำโรงพยาบาลและเป็นทีมงานผู้ร่วมออกเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ

ขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขต
อำเภอจันทราบทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. จิตชนก ลิ้มวิสุท, พชร เมฆี, พรทิพย์พา ถวี, พิชสินีญ์
ญาณะ, พิธาน จินดาวัฒนวงศ์, ลลิตภัทร ธีรธัญบุรณ์,
และคนอื่น ๆ. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรค
เรื้อรังในชุมชนเชิงทอง ตำบลระแหง อำเภอเมือง
จังหวัดตาก [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก : มหาวิทยาลัย
นเรศวร ; 2556.
2. อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ.
พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย [อินเทอร์เน็ต].
นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ; 2556 [เข้าถึง
เมื่อ 17 มิถุนายน 2559]. เข้าถึงได้จาก :
<http://www.hsri.or.th/research/detail/6891>

**ผลการใช้กิจกรรมการกิน การกอด การเล่น และการเล่านิทาน
ที่มีต่อความฉลาดทางสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์
สำหรับเด็กวัยแรกเกิดอายุ- 5 ปี เครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด**

**Effects of Eating, Hugging, Playing and Storytelling Tales on Emotional
Intelligence and Emotional Quotient for children at birth age - 5 years,
Roi Et Province Health Network.**

วิทยา โคตรท่าน

Corresponding author : Email : hoywittaya@hotmail.com

(Received : June 29, 2020 ; Revised : July 20, 2020 ; Accepted : July 30, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบความฉลาดทางสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ ในเด็กวัยแรกเกิดอายุ - 5 ปี และศึกษาความพึงพอใจที่มีต่อการใช้กิจกรรมการกิน การกอด การเล่น และการเล่านิทานของผู้ปกครองเด็ก

รูปแบบการวิจัย : Qua-si experimental study แบบ One group pretest-posttest design

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 550 คน เป็นเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ได้รับการพัฒนาโดยใช้กิจกรรมการกิน การกอด การเล่น และการเล่านิทาน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ประเมินความฉลาดทางอารมณ์ แบบบันทึกพฤติกรรมความฉลาดทางสติปัญญาและแบบวัดความพึงพอใจของกรมสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบ paired t-test

ผลการวิจัย : หลังการพัฒนา เด็กอายุ 0-5 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความอบอุ่นในครอบครัวมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความอบอุ่นในครอบครัวเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.61 คะแนน (95%CI: 0.566, 0.651) คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.53 คะแนน (95%CI: 0.49, 0.567) หลังการพัฒนา 2 เดือน เด็กอายุ 0-5 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสติปัญญามากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสติปัญญาเพิ่มขึ้นเท่ากับ 3.97 คะแนน (95%CI: 3.791, 4.142) และพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กมีความพึงพอใจต่อการใช้กิจกรรมการกิน การกอด การเล่น และการเล่านิทาน โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean= 4.23, SD = 0.48)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการใช้กิจกรรมการกิน การกอด การเล่น และการเล่านิทานส่งผลให้เด็กอายุ 0-5 ปี มีความอบอุ่นในครอบครัว ความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางสติปัญญาเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : การกิน การกอด การเล่น และการเล่านิทาน ; ความฉลาดทางสติปัญญา ; ความฉลาดทางอารมณ์

ABSTRACT

Purposes : To compare the emotional intelligence and emotional quotient for children at birth age - 5 years, and to study of satisfaction towards the use of eating, hugging, playing and storytelling tales of parents were studied in children.

Design : Qua-si experimental study ; One group pretest posttest design

Materials and Method : A total of 550 subjects were children aged 0-5 who met the inclusion criteria and exclusion criteria. They were developed using activities eating, hugging, playing and storytelling tales. Data was collected using the emotional intelligence assessment, emotional intelligence and emotional quotient record form and satisfaction survey of Department of Mental Health. Data were analyzed using mean Standard deviation and statistical paired t-test

Main findings : After intervention, children aged 0-5 had more mean score family warmth, it was compared to before intervention was statistically significant ($p < .001$) with an increase in mean scores on family warmth of 0.61 (95% CI: 0.566, 0.651), more mean score emotional quotient, it was compared to before intervention was statistically significant ($p < .001$), there were an increase in mean score emotional quotient of 0.53 (95% CI : 0.49, 0.567), more mean score emotional intelligence, it was compared to before intervention was statistically significant ($p < .001$), there were an increase in mean score emotional intelligence of 3.97 (95% CI:3.97,4.412), and parents or caregivers were satisfied with eating, hugging, playing and storytelling activities, overall, at the highest level (Mean = 4.23, SD = 0.48).
Conclusion and recommendations : Results of this research suggest that use of eating, hugging, playing and storytelling tales resulted in a warm family of children aged 0-5, emotional intelligence and emotional quotient Increased.

Keywords : Eating, hugging, playing and storytelling Tales ; Emotional Intelligence ; Emotional Quotient

บทนำ

การพัฒนาเด็กเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาประชากรที่ส่งผลต่อการพัฒนาประเทศ เด็กวัยแรกเกิด - 5 ปี ถือเป็นวัยทองของชีวิต และเด็กเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่ายิ่งต่อการพัฒนาประเทศในอนาคต เด็กต้องได้รับการพัฒนาคุณภาพให้สมบูรณ์พร้อมทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคม และคุณธรรม เพื่อให้เป็นผู้ใหญ่ที่พร้อมจะนำพาประเทศไปสู่การแข่งขัน จากคุณลักษณะดังกล่าวโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสติปัญญาและอารมณ์เป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญ ซึ่งกลุ่มที่สมควรได้รับการเสริมสร้างและพัฒนา คือ เด็กที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยเฉพาะในช่วง 0-5 ปี แรกของชีวิต ซึ่งจะอยู่ในการดูแลของครู ผู้ดูแลเด็ก และผู้ปกครอง ดังนั้น ครู ผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองจึงต้องมีความรู้ความสามารถในการเสริมสร้างและพัฒนาเด็กทั้งทางด้านสติปัญญา (IQ) และอารมณ์ (EQ) ให้กับเด็กตั้งแต่อายุยังน้อย เพื่อปูพื้นฐานที่อบอุ่น อบอุ่นด้วยโอริก และอบรมกล่อมเกล้าให้เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ การจัดการศึกษาปฐมวัยมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ปกครอง และผู้ใกล้ชิดเด็กเป็นผู้ช่วยเหลือให้เด็กมีพัฒนาการและความพร้อมอย่างเหมาะสม เนื่องจาก ช่วงวัยนี้เด็กยังต้องอยู่ในการดูแลของผู้ปกครอง โดยเฉพาะในช่วง 0-5 ปีแรกของชีวิต และช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงที่สมอง และพัฒนาการพื้นฐานด้านร่างกายต้องได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างถูกต้องและครบถ้วน โดยจะต้องมีการส่งเสริมเด็กทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน¹

จากการศึกษาพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปีพ.ศ.2557 พบเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 72.7 และสงสัยล่าช้าร้อยละ 27.31 ซึ่งมีอัตราสูงกว่าสถิติขององค์การอนามัยโลกที่พบว่าร้อยละ 15-20 ของเด็กทั่วโลกมีพัฒนาการที่ผิดปกติ² เมื่อพิจารณากลุ่มอายุที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้ามากที่สุด คือ เด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ร้อยละ 34.8 โดยพบพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาและด้านการเข้าใจภาษาสูงสุดทั้ง 2 กลุ่มอายุ คือเด็กอายุ 0-2 ปีร้อยละ 17.3 และเด็กอายุ 3-5 ปีร้อยละ 38.8 รองลงมาด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและการปรับตัว กลุ่มอายุ 0-2 ปีร้อยละ 8.3 และกลุ่มอายุ 3-5 ปีร้อยละ 15.4 โดยปี 2557 ข้อมูล

จากศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี พบว่า โดยภาพรวมพัฒนาการสมวัยร้อยละ 70.7 สงสัยล่าช้าร้อยละ 29.3 โดยเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปีมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 63.4 ในขณะที่เด็ก 9 เดือน - 2 ปี มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 77.8 และด้านภาษาเป็นด้านที่สมวัยน้อยที่สุดคือร้อยละ 69.2 สอดคล้องกับการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทยของกรมสุขภาพจิตในปี 2554 ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย (IQ) ในภาพระดับประเทศเท่ากับ 98.59 (ค่าเฉลี่ยปกติ 90 -109) ซึ่งถือเป็นค่าระดับสติปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ปกติแต่ค่อนข้างต่ำ³

เช่นเดียวกับสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค ในกลุ่มเด็กแรกเกิด - 5 ปี ของจังหวัดร้อยเอ็ด ด้านการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่าจากการคัดกรองพัฒนาการเด็กกลุ่มอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน โดยใช้เครื่องมือ DSPM ในปี พ.ศ. 2559 - 2561 พบเด็กได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.76 เป็นร้อยละ 95.49 ตามลำดับ (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 90) และพบ มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรก (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 20) มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 28.18 เป็นร้อยละ 27.42 ตามลำดับ ซึ่งเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าแล้วได้รับการติดตามหลังกระตุ้นภายใน 30 วัน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80.21 เป็นร้อยละ 97.04 ตามลำดับ (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 90) และเมื่อพิจารณาโดยรวม พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัย (ครั้งแรกและหลังกระตุ้น 30 วัน) เกินเป้าหมาย (ร้อยละ 85) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 92.90 เป็นร้อยละ 98.60 ตามลำดับ ด้านการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต พบว่าเด็ก 0-5 ปี สูงดี สมส่วน มีผลงานต่ำกว่าเป้าหมาย (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 54) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 47.69 ในปี พ.ศ. 2559 เป็นร้อยละ 52.75 ในปี พ.ศ.2561

ส่วนสถานการณ์จากการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดร้อยเอ็ด ปี พ.ศ.2561 พบว่า เด็กอายุ 9,18,30,42 เดือน มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 98.60 (เป้าหมายร้อยละ 85) ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 95.49 (เป้าหมายร้อยละ 90) ตรวจคัดกรองพัฒนาการ และพบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ร้อยละ 27.42

(เป้าหมายร้อยละ 20) เด็กที่ตรวจคัดกรองพัฒนาการในครั้งแรกและพบสงสัยล่าช้า ได้รับการประเมินพัฒนาการซ้ำภายใน 30 วัน ร้อยละ 97.04 (เป้าหมายร้อยละ 90) พบเด็กพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 1.29 แบ่งเป็นพัฒนาการล่าช้าด้านการเคลื่อนไหว (GM) ร้อยละ 28.93 ด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา (FM) ร้อยละ 61.20 ด้านการเข้าใจภาษา (RL) ร้อยละ 71.90 ด้านการใช้ภาษา (EL) ร้อยละ 80.99 และด้านการช่วยเหลือตนเอง (PS) ร้อยละ 39.70 เด็กพัฒนาการล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ร้อยละ 81.86 (เป้าหมายร้อยละ 60) ด้านผลการเฝ้าระวังด้านโภชนาการในเด็กปฐมวัย ในปี พ.ศ.2561 ส่วนข้อมูลในระบบรายงาน 43 แฟ้ม พบว่า มีเด็กอายุ 0 – 5 ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ทั้งหมด 63,904 คน คิดเป็นร้อยละ 97.15 จากจำนวนกลุ่มเป้าหมาย 65,782 คน เมื่อพิจารณาผลการประเมินภาวะโภชนาการเด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสมส่วนร้อยละ 52.75 ซึ่งยังต่ำกว่าค่าเป้าหมายปี พ.ศ.2561 (ร้อยละ 54) สำหรับส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี ชาย 111.90 เซนติเมตร หญิง 111.58 เซนติเมตร (เป้าหมายชาย = 113 ซม. หญิง = 112 ซม.) กล่าวได้ว่า สภาพปัญหาที่สำคัญคือ เด็กไม่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสมตามช่วงวัย พ่อแม่หรือผู้ปกครองไม่ได้ดูแลเด็กแบบองค์รวม เน้นเฉพาะการพัฒนาทางด้านร่างกาย ส่งผลให้เด็กมีการพัฒนาไม่สมดุล เช่น ส่วนใหญ่พ่อ แม่ ครู อาจารย์ มักเน้นให้เด็กขยันเรียนวิชาในโรงเรียน โดยไม่ได้ช่วยส่งเสริมเด็กให้ได้พัฒนาการในทุกด้าน ที่จะกระตุ้นให้สมองทุกส่วนทำงานอย่างสมดุล และจากการสำรวจล่าสุดในประเทศไทย ยังพบว่าสัดส่วนเด็ก วัยเรียน และวัยรุ่นมีสติปัญญาดำกว่าเกณฑ์มากขึ้นและใช้เวลารว่าง ในการดูโทรทัศน์ เพื่อการบันเทิงมากกว่าการแสวงหาความรู้ ซึ่งเกิดผลเสียในด้านไม่ประเทืองสมองและปัญญา ทำให้สมองชินชาและไม่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ใดๆ นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะให้พัฒนาศักยภาพการใช้คู่มือ DSPM ขยายความครอบคลุมทุกศูนย์เด็กเล็ก รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้ปกครอง สร้างการมีส่วนร่วมและเสริมพลังภาคีเครือข่ายและสร้างความตระหนักรู้แก่ผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดูเด็ก และครอบครัว ผ่านกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่และใช้คู่มือ DSPM4

ความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient) เป็นความสามารถทางอารมณ์ที่จะช่วยให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างสร้างสรรค์และมีความสุขมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ด้าน คือ ด้านดี ด้านเก่ง และด้านสุข หรือเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น และแก้ไขความขัดแย้งได้ ส่วนความฉลาดทางสติปัญญา (Intelligence Quotient) เป็นระดับเขาวนปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการคิดวิเคราะห์ การใช้เหตุผล การคำนวณ และการเชื่อมโยงเหตุผลความสัมพันธ์ คนที่มีเขาวนปัญญาสูง (IQ สูง) แต่มีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำ (EQ ต่ำ) มักจะไม่ค่อยมีความสุข แต่จะเป็นคนเก่ง มั่นใจตนเองสูง ทะเยอทะยาน เอาตัวเองเป็นใหญ่ วิตกกังวลคิดมากและชอบवादเก่ง ถ่อมตนลำบาก ไม่ค่อยมีมิตร ว้าเหว่ เหวง มีปัญหาสัมพันธ์กับผู้อื่น และถ้าไม่ได้ฝึกหัดตัวเองมาก่อน มักจะเป็นคนเก่ง แต่ไม่มีความสุข ดังนั้น IQ และ EQ ถึงแม้จะมีความแตกต่างกัน แต่ก็ เป็นความสามารถที่จะช่วยส่งเสริมซึ่งกันและกันให้ทำหน้าที่ได้ดียิ่งขึ้น เช่น คนที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูง มักจะมีภาวะอารมณ์ที่สงบมั่นคง ปลอดภัย ไม่ตึงเครียด จึงสามารถนำความสามารถทางเขาวนปัญญามาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตรงกันข้ามคนที่มีความเขาวนปัญญาสูง หากอยู่ในภาวะที่มีความเครียดมากและไม่สามารถจัดการกับความเครียดนั้นได้ก็อาจนึกคิดอะไรไม่ออก ไม่สามารถใช้เขาวนปัญญามาครองตนและดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขได้

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นถึงสภาพปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่ต้องได้รับการพัฒนา ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดได้ เล็งเห็นถึงความสำคัญ จึงได้เสริมสร้างพัฒนาการทางด้านสติปัญญาและอารมณ์ของเด็ก (IQ และEQ) ขึ้น โดยใช้กิจกรรม การกิน การกอด การเล่น และการเล่านิทาน (2ก. 2ล.) ซึ่งเป็นเครื่องมือในการให้ความรู้พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดู และประเมินพัฒนาการควบคู่ด้วย เพื่อให้ผู้ปกครองมีความรู้นำไปใช้กับเด็กให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพราะเด็กจะต้องได้รับการส่งเสริมจากทั้งที่โรงเรียนและที่บ้าน เพื่อให้เด็กโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ที่พร้อมทั้งทางด้านสติปัญญาและอารมณ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความฉลาดทางสติปัญญา (I.Q.) และความฉลาดทางอารมณ์ (E.Q.) ในเด็กวัยแรกเกิดอายุ-5 ปี และศึกษาความพึงพอใจของพ่อ แม่ และผู้เลี้ยงดูต่อการใช้กิจกรรม การกิน การกอด การเล่น และการเล่นนิทาน (2ก.2ล.)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบกลุ่มเดียวประเมินก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการเสริมสร้างความฉลาดทางสติปัญญา (I.Q.) ความฉลาดทางอารมณ์ (E.Q.) ในเด็กวัยแรกเกิดอายุ - 5 ปี และศึกษาความพึงพอใจของพ่อ แม่ และผู้เลี้ยงดูที่มีต่อการใช้กิจกรรม การกิน การกอด การเล่น และการเล่นนิทาน (2ก.2ล.) ของผู้ปกครองเด็ก โดยดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2562 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2563

ประชากรศึกษา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นผู้ปกครองเด็กหรือผู้เลี้ยงดูเด็กอายุแรกเกิด- 2 ปี และเด็กอายุ 2-5 ปี ในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูเด็กอายุแรกเกิด-2 ปีและเด็กอายุ 2-5 ปี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก จำนวน 550 คน อำเภอละ 110 คน ได้แก่ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด เสดภูมิ สุวรรณภูมิ โพนทอง และอาจสามารถ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่มเดียว โดยใช้ค่าพารามิเตอร์จากการศึกษาของจุฬาลักษณ์ ยะวิญชาญ, วิชากรณณ์ คันทะมูล และระบอบ เนตรทิพย์⁶ โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ 1.28 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่สูงที่สุด .80 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 พบว่า ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 110 คน และจากการใช้กฎที่ปฏิบัติสืบเนื่องกันมา (Rule of Thumb) พบว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้กับการวัดในระดับของตัวแปรที่เป็น

แบบช่วง (Interval scale) และสามารถเข้ากับสถิติในการเปรียบเทียบได้ ควรจะมีกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 30 คน เนื่องจากการแจกแจงเข้าใกล้โค้งปกติมากที่สุด⁷

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) จากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า และคัดออกที่จำนวน 550 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) การประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็ก จำนวน 55 ข้อ ประเมินคุณลักษณะ 3 ด้าน คือ ด้านดี เป็นความพร้อมทางอารมณ์ที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่น โดยประเมินจากการรู้จักอารมณ์ การมีน้ำใจ และการรู้ว่าอะไรถูกอะไรผิด ด้านเก่ง คือ ความพร้อมที่จะพัฒนาตนไปสู่ความสำเร็จ โดยประเมินจากความกระตือรือร้น สนใจใฝ่รู้ การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง และการกล้าพูดกล้าบอกและด้านสุข คือ ความพร้อมทางอารมณ์ที่ทำให้เกิดความสุข โดยประเมินจากการมีความพอใจ ความอบอุ่นใจและความสนุกสนานร่าเริง มีคำตอบที่เป็นไปได้ 4 คำตอบ สำหรับข้อความแต่ละประโยคคือ ไม่เป็นเลย เป็น บางครั้ง เป็นบ่อยครั้ง เป็นประจำการประเมินให้ใช้ความรู้สึกของผู้ประเมินเป็นหลัก แต่กรณีที่ไม่แน่ใจให้ใช้เกณฑ์ต่อไปนี้เป็นแนวทางในการประเมิน

ไม่เป็นเลย หมายถึง ไม่เคยปรากฏ

เป็นบางครั้ง หมายถึง นาน ๆ ครั้ง หรือทำบ้างไม่ทำบ้าง

เป็นบ่อยครั้ง หมายถึง ทำบ่อยๆ หรือเกือบทุกครั้ง

เป็นประจำ หมายถึง ทำทุกครั้งเมื่อเกิดสถานการณ์นั้น

2) แบบบันทึกความฉลาดทางสติปัญญาเด็กอายุ 0-5 ปี แบบประเมินชุดแรกใช้วัดพฤติกรรม 3 ระยะ คือ ก่อนดำเนินการหลังทำกิจกรรม 1 เดือนและหลังทำกิจกรรม 2 เดือน เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ คือ ทำได้เอง ทำได้บ้างและทำไม่ได้ จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ๆ ละ 3 ข้อคือ ด้านการช่างสังเกต ด้านการถ่ายทอดจินตนาการ ด้านการคิดเชื่อมโยงเหตุผล และด้านการประสานสัมพันธ์

ระหว่างมือและสายตา ส่วนแบบประเมินชุดที่สองใช้วัดและประเมินพฤติกรรมเป็นแบบประเมินแบบมาตรวัดประมาณค่า 10 ระดับ จากนั้นน้อยที่สุดจนถึงมากที่สุด จำนวน 9 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ๆ ละ 3 ข้อ คือ การรู้จักและควบคุมอารมณ์ของตนเอง การเรียนรู้กฎเกณฑ์วินัยและความสนุกสำราญเป็นแบบประเมินของสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁵ และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อใช้กิจกรรมการกิน การกอด การเล่นและการเล่านิทานของผู้ปกครองเด็ก 5 ด้าน คือ ด้านเนื้อหา สื่อ/เอกสารประกอบการถ่ายทอดความรู้ รูปแบบการถ่ายทอดความรู้ วิทยากรและระยะเวลาที่ใช้ในการอบรม/ให้ความรู้เหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ การใช้กิจกรรมและแผนการจัดการจัดกิจกรรม การกิน การกอด การเล่น และการเล่านิทานประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรม 5 แผน กิจกรรม ได้แก่ 1) แผนการจัดกิจกรรมฯ เรื่อง ใจถึงใจ สายใยผูกพัน 2) แผนการจัดกิจกรรมฯ เรื่อง กินอิ่มท้อง อบอุ่นใจ 3) แผนการจัดกิจกรรมฯ เรื่อง กอดหอมให้ สัมผัสรัก 4) แผนการจัดกิจกรรมฯ เรื่อง เล่นเสริมสายใยรัก และ 5) แผนการจัดกิจกรรมฯ เรื่อง พุ่มพักเล่า เคล้านิทาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน และความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยครูเป็นผู้ประสานการประชุมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน แก่ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่บ้าน และอสม. ในพื้นที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตัวอย่าง 5 แห่งๆ ละ 1 วัน โดยผู้วิจัยได้จัดทำเป็นชุดการสอนเรื่อง “การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย” โดยใช้หรือประยุกต์ใช้สื่อการสอนจากสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

2. ประชุมชี้แจงพ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูเด็กและประเมินการเสริมสร้างความอบอุ่น ความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสติปัญญา ก่อนดำเนินการ

3. วิทยากรทำความเข้าใจเนื้อหาโดยการอ่าน “คู่มือการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับเด็กวัยแรกเกิด -5 ปี ด้วยกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า (คู่มือผู้ปกครอง)” และ “คู่มือการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ สำหรับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี ด้วยกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า” ให้เข้าใจก่อนทำกิจกรรม

4. วิทยากรใช้เทคนิคในการเชื่อมโยงเนื้อหากิจกรรมในแต่ละแผน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เห็นความต่อเนื่องของเนื้อหา และเข้าใจแนวคิดรวบยอดของการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ได้ดียิ่งขึ้น

5. แผนการจัดกิจกรรมทั้ง 5 แผน สามารถจัดกิจกรรมติดต่อกันหรือจัดเว้นระยะแผนการจัดกิจกรรมตามความพร้อมและความเหมาะสมของกลุ่มเป้าหมาย หรือบริบทพื้นที่ แต่ไม่ควรเว้นระยะห่างกันนานเกินไป เช่น 1 แผนกิจกรรม /1 วัน/ 1สัปดาห์ ติดต่อกัน 5 สัปดาห์หรือ 2 แผนกิจกรรม /1 วันติดต่อกันทั้งหมด 3 วันใน 1 สัปดาห์โดยทั่วไปแนะนำให้จัดกิจกรรมโดยแบ่งแผนการจัดกิจกรรมออกเป็น 3 วัน หรือ 5 วัน และเว้นระยะห่างตามความเหมาะสม

6. การจัดกิจกรรมมีกิจกรรมสนทนากาการ เพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย ซึ่งควรมีการเตรียมทีมสนทนากาการไว้

7. กรณีที่วิทยากรต้องการจะปรับเปลี่ยนสื่อประกอบแผนการจัดกิจกรรม วิทยากรต้องคำนึงถึงวัตถุประสงค์หลักของแต่ละแผนกิจกรรม และให้คงวัตถุประสงค์ไว้ให้ชัดเจน

8. เมื่อดำเนินกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครอง วิทยากรไม่จำเป็นต้องแจกใบกิจกรรมทุกใบ วิทยากรหรือผู้ช่วยวิทยากรสามารถเขียนประเด็นคำถามจากใบกิจกรรมไว้ในกระดาษฟลิปชาร์ต เตรียมไว้ก่อนเข้ากิจกรรม และให้วิทยากรนำผู้เข้ารับการอบรมตอบคำถามในแต่ละประเด็นไปพร้อม ๆ กัน

9. เนื้อหาในใบความรู้ คือ เนื้อหาที่เป็นประเด็นสำคัญที่ต้องการให้ผู้เข้ารับการอบรมทราบในแต่ละแผนกิจกรรม การถ่ายทอดเนื้อหาในใบความรู้ อาจทำได้โดยการแจกใบความรู้พร้อมการบรรยายสรุปประเด็นสำคัญ หรือการเขียนประเด็นสำคัญเตรียมไว้ในกระดาษฟลิปชาร์ตหรือการสรุปประเด็นแล้วนำเสนอโดย power point โดยไม่ต้องแจกใบความรู้ก็สามารถทำได้ และประเมินการเสริมสร้างความ

อบอุ่น ความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสติปัญญา
หลังดำเนินการ

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าเฉลี่ย
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ paired t-test
การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับ อนุมัติจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการทำ วิจัยในคนของสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ดำเนินการเชิญชวนผู้
ปกครองเด็กหรือผู้เลี้ยงดูเด็กเข้าร่วมการวิจัยตาม

กระบวนการที่กำหนดโดยผู้วิจัยที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย
ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อน
เข้าร่วมโครงการวิจัยและสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัย
ได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล

ผลการวิจัย

1. การเปรียบเทียบการเสริมสร้างความอบอุ่นใน
ครอบครัวและความฉลาดทางอารมณ์

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการเสริมสร้างความอบอุ่นในครอบครัวและความฉลาดทางอารมณ์

ตัวแปร	n	Mean(SD)	Mean diff(SE)	95%CI		p
				Lower	Upper	
การเสริมสร้างความอบอุ่น						
ก่อนพัฒนา	550	3.17(0.44)	0.61(0.02)	0.566	0.651	< .001
หลังพัฒนา	550	3.77(0.36)				
ความฉลาดทางอารมณ์						
ก่อนพัฒนา	550	3.10(0.35)	0.53(0.01)	0.491	0.567	< .001
หลังพัฒนา	550	3.63(0.37)				

จากตารางที่ 1 พบว่า หลังการพัฒนาเด็กอายุ 0-5 ปี
มีคะแนนเฉลี่ยความอบอุ่นในครอบครัวมากกว่า เมื่อเปรียบ
เทียบกับก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
โดยมีคะแนนเฉลี่ยความอบอุ่นในครอบครัวเพิ่มขึ้นเท่ากับ
0.61 คะแนน (95% CI: 0.566, 0.651) และมีคะแนนเฉลี่ย

ความฉลาดทางอารมณ์มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อน
การพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) มีคะแนน
เฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.53 คะแนน
(95%CI: 0.49, 0.567)

2. การเปรียบเทียบความฉลาดทางสติปัญญา

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบฉลาดทางสติปัญญา ก่อนและหลังการพัฒนา 2 เดือน

ตัวแปร	n	Mean(SD)	Mean diff(SE)	95%CI		p
				Lower	Upper	
ความฉลาดทางสติปัญญา						
ก่อนพัฒนา	550	5.28(1.88)	3.97(0.08)	3.791	4.142	< .001
หลังพัฒนา	550	9.25(0.74)				

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการพัฒนา 2 เดือนเด็กอายุ 0-5 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสติปัญญาสูงกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสติปัญญาเพิ่มขึ้นเท่ากับ 3.97 คะแนน (95%CI : 3.791, 4.142)

3. ความพึงพอใจต่อการใช้กิจกรรมการกิน การกอด การเล่น และการเล่านิทาน (2ก. 2ล.)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการใช้กิจกรรมการกิน การกอด การเล่น และการเล่านิทาน (2ก. 2ล.)

ข้อคำถาม	Mean(SD)	ระดับความพึงพอใจ
1.เนื้อหาความรู้ที่ได้รับ		
1.1 เรื่อง “กินอิ่มท้อง อบอุ่นใจ”	4.23(0.52)	มากที่สุด
1.2 เรื่อง “กอด หอม ให้สัมผัสรัก”	4.27(0.50)	มากที่สุด
1.3 เรื่อง “เล่น เสริม สายใยรัก”	4.00(0.52)	มาก
1.4 เรื่อง “พุ่มพัก เล่า คล้านิทาน”	4.23(0.54)	มากที่สุด
2.สื่อ/เอกสารประกอบการถ่ายทอดความรู้	4.21(0.59)	มากที่สุด
3.รูปแบบการถ่ายทอดความรู้(การบรรยาย การสาธิต การฝึกปฏิบัติ) การทำกิจกรรมกลุ่ม การดูงาน ฯลฯ	4.22(0.57)	มากที่สุด
4.วิทยากร	4.22(0.57)	มากที่สุด
5.ระยะเวลาในการอบรม/ให้ความรู้เหมาะสม เฉลี่ยโดยรวม	4.15(0.84)	มาก
	4.23(0.48)	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 พบว่า พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กอายุแรกเกิด – 2 ปี และเด็กอายุ 2-5 ปี มีความพึงพอใจต่อการใช้กิจกรรมการกิน การกอด การเล่น และการเล่านิทาน (2ก. 2ล.) โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean= 4.23, SD = 0.48)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านเนื้อหาความรู้ที่ได้รับ ด้านสื่อ/เอกสารประกอบการถ่ายทอดความรู้ ด้านรูปแบบการถ่ายทอดความรู้(การบรรยาย การสาธิต การฝึกปฏิบัติ) การทำกิจกรรมกลุ่ม การดูงาน ฯลฯ และวิทยากรอยู่ในระดับมากที่สุด แต่ด้านระยะเวลาในการอบรม/ให้ความรู้เหมาะสมอยู่ในระดับมาก (Mean= 4.15, SD= 0.84) ตามลำดับ

วิจารณ์

หลังการพัฒนา เด็กอายุ 0-5 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความอบอุ่นในครอบครัวมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อน

การพัฒนา โดยมีคะแนนเฉลี่ยความอบอุ่นในครอบครัวเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.61 คะแนน เช่นเดียวกับกระบวนการให้การศึกษาผู้ปกครองแบบกลุ่มที่มีต่อการส่งเสริมวินัยในตนเองแก่เด็กวัยอนุบาล พบว่า หลังการทดลอง ผู้ปกครองมีคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมวินัยในตนเองแก่เด็กวัยอนุบาลสูงกว่าก่อนทดลอง โดยมีคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมวินัยในตนเองแก่เด็กวัยอนุบาลในด้านการใช้วิธีการเชิงบวกเพิ่มขึ้นมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการเป็นแบบอย่าง ด้านการสร้างควมไว้วางใจ และด้านการปฏิบัติต่อเด็กด้วยความเข้าใจตามลำดับ⁸ สอดคล้องกับการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดา-ทารกต่อการตอบสนองของมารดาต่อความต้องการของทารก และความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดา-ทารกในมารดาที่มีบุตรคนแรก พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดา-ทารกมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)⁹ และในทำนองเดียวกันแคมเบลล์ และปาล์ม(Campbell and Palm)¹⁰

ได้นำเสนอวิธีการเรียนรู้และให้ การสนับสนุน ผู้ปกครองโดยใช้การให้การศึกษากับผู้ปกครองแบบกลุ่ม ซึ่งเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ปกครอง พ่อแม่จะได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างหลากหลายในเรื่องการเลี้ยงดูและส่งเสริม พัฒนาการให้กับลูก โดยมีผู้นำกลุ่มเป็นผู้ช่วยเหลือและให้ แนวทางแก่พ่อแม่ในการพัฒนาลูกของตนเอง ช่วยให้พ่อแม่ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ ทักษะและเจตคติในการอบรมเลี้ยงดูลูก ซึ่งเมื่อผู้ปกครองเกิดความเข้าใจในหลักการ และวิธีการต่างๆ แล้ว จะทำให้ผู้ปกครองสามารถนำ ความรู้ความเข้าใจไปใช้ในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

ความฉลาดทางอารมณ์มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ ก่อนการพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.53 คะแนนเช่นเดียวกับรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบ SMILE และแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยที่มีโดยใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบ SMILE ใช้สำหรับพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย ที่แบ่งการจัดการเรียนรู้เป็น 5 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นร้องเพลง (S) 2) ขั้นกระตุ้นความรู้ (M) 3) ขั้นปฏิสัมพันธ์ (I) 4) ขั้นเรียนรู้ร่วมกัน (L) และ 5) ขั้นประเมินผล (E) ผลการทดลองนำไปใช้พบว่า หลังได้รับการจัดการเรียนรู้แบบ SMILE ทำให้เด็กมีพัฒนาการความฉลาดทางอารมณ์สูงขึ้น ทั้งรายด้านทุกด้าน คือ ด้านความฉลาดทางอารมณ์ภายในตนเองและด้านความฉลาดทางอารมณ์ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและโดยรวม ($p < .001$, $< .001$, $< .001$) มีขนาดส่งผล (Effect Sizes) ต่อคะแนนความฉลาดทางอารมณ์รายด้าน และโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Cohen's $d = 3.98$, 4.51 และ 5.08) ในขณะที่หลังการจัดการเรียนรู้แบบปกติในกลุ่มควบคุม ทำให้เด็กมีพัฒนาการความฉลาดทางอารมณ์สูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทั้งรายด้านทุกด้านและโดยรวมเช่นเดียวกัน ($p = .01$, $< .001$, $< .001$) แต่มีขนาดส่งผล (Effect Sizes) ต่อคะแนนความฉลาดทางอารมณ์รายด้านและโดยรวม อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก (Cohen's $d = .61$, $.78$ และ $.84$) และหลังได้รับการจัดการเรียนรู้กลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้ตามรูปแบบ SMILE มีพัฒนาการความ

ฉลาดทางอารมณ์สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบปกติอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งรายด้านทุกด้านและโดยรวม ($p < .001$, $< .001$, $< .001$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบ SMILE มีความเหมาะสมและนำไป ใช้พัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยได้อย่าง มั่นใจ¹¹ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริม ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี นั้น เป็นความรู้ที่เกิดจากความเข้าใจของผู้ดูแลหลักที่ได้รับข้อมูลหรือ การเรียนรู้ประสบการณ์ และจดจำเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี¹² เมื่อรู้ประโยชน์ จากข้อมูลแล้ว จึงนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการส่งเสริม ความฉลาดทางอารมณ์ให้แก่เด็กอย่างถูกต้องและเหมาะสม¹³ ทั้งนี้ความรู้ผู้ดูแลหลักจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับ พัฒนาการของเด็ก ได้แก่ พัฒนาการทางสมองและสติ ปัญญาพัฒนาการด้านจิตใจ-อารมณ์และพัฒนาการด้าน สังคมรวมถึงความรู้เกี่ยวกับความฉลาดทางอารมณ์เด็กวัย 3-5 ปีตามแนวคิดของกรมสุขภาพจิต แบ่งเป็น 3 ด้านคือ ด้านดี เก่ง และสุข จะช่วยทำให้ผู้ดูแลหลักเข้าใจและเกิด การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ได้อย่าง ถูกต้องและเหมาะสม¹⁴

ความฉลาดทางสติปัญญามากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ ก่อนการพัฒนา โดยมีคะแนนเฉลี่ย ความฉลาดทางสติ ปัญญาเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.53 คะแนน เช่นเดียวกับการศึกษา พัฒนาความพร้อมทางสติปัญญาของเด็กปฐมวัยขั้นอนุบาล ปีที่ 2 โดยการจัดประสบการณ์ตามแนวทฤษฎีพหุปัญญา พบว่า คะแนนหลังการจัดประสบการณ์สูงกว่าก่อนการจัด ประสบการณ์ คิดเป็นร้อยละ 79.40 เด็กปฐมวัยที่เรียนรู้ด้วย แผนการจัดประสบการณ์ตามแนวทฤษฎีพหุปัญญามี ความพร้อมทางสติปัญญาหลังการจัดประสบการณ์สูงกว่า ก่อนการจัดประสบการณ์¹⁵

พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กมีความพึงพอใจต่อการ ใช้ กิจกรรมการกินการกอด การเล่น และการเล่านิทาน โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เช่นเดียวกับการเฝ้าระวังและ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการในศูนย์พัฒนา เด็กเล็กในจังหวัดยโสธรมีขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานและสภาพปัญหา

2) สังเคราะห์รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 3) ทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 3 แห่ง ในช่วงเดือนธันวาคม 2560 ถึงเดือนมีนาคม 2561 กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กปฐมวัย 120 คน อายุอยู่ในช่วง 25 –60 เดือน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเป็นผู้ใช้รูปแบบ คือ ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 9 คน มารดาหรือบิดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่บ้าน 120 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 20 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 คน และ 4) ประเมินผลการทดลองใช้ในช่วงตอนที่ 3 และสรุปผลการพัฒนา ผลการศึกษาสรุปได้ว่ากลุ่มมารดาหรือบิดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่บ้านที่พึงพอใจระดับมาก ร้อยละ 87.5 ทุกคนเห็นด้วยและต้องการให้มีการดำเนินงานตามรูปแบบต่อเนื่องทุกปี¹⁶

ข้อเสนอแนะ

เชิงนโยบาย 1) กำหนดนโยบายการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสติปัญญาในเด็กวัยก่อนเรียนในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ซึ่งจะมีการพัฒนาการเรียนรู้ได้อย่างมาก และเป็นพื้นฐานที่สำคัญในวัยถัดไป 2) ให้การสนับสนุนในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมในการกระตุ้นพัฒนาการด้านอารมณ์ควบคู่กับพัฒนาการด้านสติปัญญา และสร้างความร่วมมือจากผู้ปกครองด้วย เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต่อเนื่อง และยั่งยืน และ 3) ให้การสนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสติปัญญาที่ถูกต้อง และเหมาะสมแก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ครู และพี่เลี้ยงเด็ก รวมทั้งให้การสนับสนุนในด้านงบประมาณ สถานที่ โสตทัศนูปกรณ์ และเอกสารต่าง ๆ

ด้านการศึกษา สนับสนุนให้มีกระบวนการเรียนการสอนเกี่ยวกับการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสติปัญญาแก่เด็กวัยก่อนเรียนให้แก่บุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อให้บุคลากรในระดับผู้ปฏิบัติมีความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการทางอารมณ์และความฉลาดทางสติปัญญา ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญและต่อเนื่องของช่วงวัยนี้ รวมถึงตระหนักถึงความสำคัญ เพื่อเป็นกำลังสำคัญ

ในการป้องกันปัญหาเรื่องพฤติกรรมก้าวร้าว และปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมได้

ด้านการพยาบาล 1) การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการทางอารมณ์ และความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กวัยก่อนเรียนในภาวะปกติ ซึ่งเป็นบทบาทเชิงรุกของพยาบาลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน เพื่อส่งเสริมสุขภาพและตอบสนองความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจให้กับเด็กวัยก่อนเรียน 2) ส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน โดยการส่งต่อให้ครู หรือพี่เลี้ยงเด็กเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม และพยาบาลทำหน้าที่ในการถ่ายทอดกระบวนการต่างๆ และเป็นที่ปรึกษา และ 3) ประยุกต์ใช้แผนการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการทางอารมณ์ ของเด็กวัยก่อนเรียนในภาวะปกติกับเด็กป่วยในโรงพยาบาล และวัยอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการทางอารมณ์ ต่อไป

ด้านการวิจัย สามารถนำผลงานวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กวัยก่อนเรียน และเป็นแนวทางในการค้นคว้าวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมฉลาดทางอารมณ์ให้กับเด็กวัยก่อนเรียน และวัยอื่น ๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- พนิต โล่เสถียรกิจ. สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย. [อินเทอร์เน็ต]. ชลบุรี : ศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรี, กรมอนามัย ; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 5 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก : <https://hpc03.files.wordpress.com/2015/09/full-paper-childdev.pdf>
- นิชรา เรื่องดารกานนท์. พัฒนาการและชาวปัญหาของเด็กไทย. ใน : นิชรา เรื่องดารกานนท์, บรรณาธิการ. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก. กรุงเทพมหานคร : โฮลิสติกพับลิชี่ ; 2551.
- กรมสุขภาพจิต. รายงานการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย 2554. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร ; สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2555.

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. เอกสารตรวจราชการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ.2562
5. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดกิจกรรม “ฝึกคิดแก้ปัญหา พัฒนา EQ” สำหรับอาสาสมัคร/แกนนำศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE, 2558.
6. จุฬาลักษณ์ ยะวิญชาญ, วิชาภรณ์ คันทะมูล, ระบอบเนตรทิพย์. ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และเสริมสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม อำเภอปัว จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ 2562; 6(1): 71-85.
7. Cohen, J. Statistical power analysis for behavioral sciences. (2nd ed.). Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum 1988.
8. ณปภัช จิงแยมปิ่น และปัทมศิริ ธีรานุรักษ์ จารุชัยนิวัฒน์. ผลการใช้กระบวนการให้การศึกษาผู้ปกครองแบบกลุ่มที่มีต่อการส่งเสริมวินัยในตนเองแก่เด็กวัยอนุบาล. OJED 2548 ; 10(2) : 74-86.
9. สุธทัย ประสงค์, นิตยา สีนสุกใส, นันทนา ธนาโนวรรณ, พงษ์ส จันทรประภาพ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดา-ทารกต่อการตอบสนองของมารดาต่อความต้องการของทารก และความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดา-ทารกในมารดาที่มีบุตรคนแรก. NURS SCI J THAIL. 2563 ; 38(1) : 60-72.
10. Campbell, D., and Palm, G. F. Group parent education : Promoting parent Learning and support. USA : Saga, 2003; 559 p.
11. อริยญา กุญจอมศรี. การพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้ SMILE. สักทอง : วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ (สทมส.) 2557; 26(3): 88-96.
12. Bellinger, G., Castro, D., Mills, A. Data, Information, Knowledge, & Wisdom. Retrieved from <http://www.systems-thinking.org/dikw/dikw.htm>. 2004.
13. Gage, N., & Berliner, D. Educational psychology (5th ed.), Princeton, New Jersey : Houghton Mifflin Company, 1992.
14. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. A guide to developing Emotional intelligence for young children for parents (2nd edition). Nonthaburi: Printing House, Agricultural Cooperative of Thailand Limited. 2014.
15. กรรตินันท์ คำจันทร์, ประสาท อิศรปริดา. การพัฒนาความพร้อมทางสติปัญญาของเด็กปฐมวัยชั้นอนุบาลปีที่ 2 โดยการจัดประสบการณ์ตามแนวทฤษฎีพหุปัญญา. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม 2557 ; 4(2) : 67-73.
16. ชฎาภรณ์ ชื่นตา, สุภาพร แก้วใส, สมจิต แซ่ลิ่ม และเพ็ญนคร คำผา. การพัฒนาการเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดยโสธร. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2561 : 147-161.

สถานการณ์และแนวทางการเฝ้าระวังปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทางสื่อวิทยุกระจายเสียงในอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด Situation and Surveillance of Health Products on Radio Advertising in Si Somdet District, Roi-Et

พิทยาภรณ์ ศรีคำภา*
Pittayaporn Srikumpa

Corresponding author : kawao2523@gmail.com

(Received : June 29, 2020 ; Revised : July 20, 2020 ; Accepted : July 30, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมายทางสถานีวิทยุที่รับฟังได้ชัดเจน ในพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด และการวางแผนการเฝ้าระวังในพื้นที่

รูปแบบการวิจัย : วิจัยเชิงปฏิบัติการ

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้วิจัยได้ทำการบันทึกเทปอัดเสียงที่ออกอากาศทางสถานีวิทยุที่รับฟังได้ชัดเจน ในพื้นที่ ที่เลือกมาอย่างสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 10 สถานี ตั้งแต่เวลาเปิดสถานีจนถึงเวลาที่ปิดทำการ สถานีละ 2 วัน ในระหว่างวันที่ 12 -19 เมษายน พ.ศ. 2561 และทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้านปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละและค่าเฉลี่ย และทำการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเฝ้าระวังในการเฝ้าระวังในพื้นที่

ผลการวิจัย : สถานีวิทยุทั้ง 10 แห่ง มีจำนวน 5 แห่งที่มีการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายอย่างน้อย 1 ชิ้น มีการโฆษณาทั้งหมด 1,284 ครั้ง โฆษณาที่ผิดกฎหมายจำนวน 683 ครั้ง (53.19%) โฆษณาที่ผิดกฎหมายแบ่งประเภทตามกฎหมายยา (55.34%) อาหาร (41.43%) และเครื่องสำอาง (3.22%) ประเด็นของการโฆษณาที่ผิดกฎหมายที่พบมากที่สุด ได้แก่ การแสดงสรรพคุณทางยาโดยใช้ข้อความที่เป็นเท็จหรือเกินความจริง โดยมีแนวทางในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีปัญหาโฆษณาผิดกฎหมาย คือ มีการดำเนินการที่ต่อเนื่องและการติดตามข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ มีการสะท้อนข้อมูลและการนำสู่การปฏิบัติโดยการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องด้วยเครือข่ายในชุมชน และการพัฒนาศักยภาพด้านองค์ความรู้ในการรู้เท่าทันโฆษณา

สรุปและข้อเสนอแนะ : ได้แนวทางการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพที่โฆษณาผ่านทางวิทยุกระจายเสียงในพื้นที่ร่วมกัน เครือข่ายรู้เท่าทันการโฆษณาและสามารถเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ; ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่โฆษณาผิดกฎหมาย

* เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ

ABSTRACT

Purposes : To determine the situation of illegal health products advertisement through clearly heard radio stations in the area of Si Somdet District, Roi Et Province , and to set up surveillance guidelines in the area.

Design : Action research

Materials and Methods : The researcher recorded the broadcast on radio stations that can be heard clearly in in the area of Si Somdet District, Roi Et Province by selecting 10 stations from the time of opening to closing time , 2 days per station between 12 April 2018 to 19 April 2018. Analyse the quantitative data by using descriptive statistics, percentage and mean. And to set up surveillance guidelines in the area.

Main findings : The 5 of 10 radio stations have at least one illegal advertisement of health products , 1,284 total advertisements have 683 times (53.19%) of illegal advertising among products identified as drugs, food and cosmetics were 55.34% , 41.43% and 3.22% respectively. The most of illegal advertisement are use false or exaggerated drug properties.

Conclusion and recommendations : To set up surveillance guidelines in the area by surveillance and monitoring the illegal advertisement and implement to the public in community network and development knowledge in advertising literacy.

Keywords : Health products advertisement ; illegal health product advertisements

บทนำ

สื่อโฆษณา ถือว่าเป็นสื่อที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิด ค่านิยม ทศนคติ และพฤติกรรมในการเลือกใช้และตัดสินใจ ในการบริโภคสินค้าของผู้บริโภค หากสื่อโฆษณาที่ออกอากาศผ่านช่องทางต่าง ๆ ที่ออกมานั้น เป็นสื่อที่มุ่งหวังแต่ ผลกำไร ให้ข้อมูลที่เกินจริงและเป็นเท็จ ก็ย่อมที่จะส่งผลกระทบต่อทางด้านสุขภาพ กายและใจตามมา โดยเฉพาะ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น ยา อาหาร เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตราย และจากการเฝ้าระวังการโฆษณา ผลิตภัณฑ์สุขภาพของจังหวัดบุรีรัมย์ผ่านช่องทางวิทยุกระจายเสียง พบว่า ผลิตภัณฑ์ที่มีการผิดกฎหมายได้แก่ อาหาร (80%) ยา (75.60%) และเครื่องสำอาง (28%) ตามลำดับ โดยใช้เวลาในการออกอากาศโฆษณาที่ผิดกฎหมายถึงร้อยละ 54¹ นอกจากนั้นยังพบเนื้อหาโฆษณาที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดต่อผู้บริโภค โดยการฝ่าฝืนพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522 ร้อยละ 74.50 และฝ่าฝืนพระราชบัญญัติยา ร้อยละ 55.90² โดยเนื้อหาโฆษณาที่ออกอากาศนั้น

ส่งผลให้ประชาชนหลงเชื่อ เกิดการบริโภคที่ไม่เหมาะสมเกินจำเป็น สาเหตุจากประชาชนขาดความรู้ความตระหนัก รู้ไม่เท่าทัน ขาดความรู้ที่ถูกต้องในการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพชนิดนั้น ๆ ส่งผลให้เกิดผลกระทบตามมา ดังเช่น กรณีที่เกิดขึ้นในสื่อที่สังคมให้ความสนใจ ได้แก่ การบุกทลายอาหารเสริมที่ปลอมปนด้วยสารที่อันตราย ได้แก่ ไซบูทรามิน ซึ่งมีฤทธิ์ในการกล่อมประสาทส่วนกลาง เมื่อรับประทานไปแล้วจะรู้สึกอยากอาหาร มีการผสมยาพิษโคคัส ที่มีฤทธิ์เป็นยาระบาย โดยเมื่อรับประทานอาหารเสริมปลอมปนเหล่านี้ต่อเนื่องกัน จะส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ไชมันอุดตันในเส้นเลือดและช็อกหมดสติ เสียชีวิตตามมา โดยอาหารเสริมเหล่านี้มักมีการโฆษณาที่เกินจริงและเป็นเท็จ นอกจากนี้ยังมีการโฆษณาชวนเชื่อให้หลงผิด ดังกรณี น้ำหมักรักษาทุกโรค ส่งผลกระทบทำให้ผู้บริโภคตาบอด การรับประทานเอนไซม์บำบัด จนทำให้ผู้บริโภคได้รับอันตรายอย่างรุนแรง จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับประทานยากราวเครือขาวของผู้หญิงที่สูงอายุ จนต้องได้รับการคุมดลูก

เป็นต้น ทั้งหมดที่กล่าวมา ล้วนแต่เป็นผลการการเชื่อ
โฆษณาที่โอ้อวด เกินจริงและเป็นเท็จ

ดังนั้นเพื่อที่จะทำให้ผู้บริโภครู้จักพึ่งพา ปกป้องตนเอง
รู้เท่าทันกับคำโฆษณาที่มาในรูปแบบของกลยุทธ์การใช้
แรงดึงดูดใจ การตลาดที่ทำการตอกย้ำบ่อย ๆ การออกอากาศ
โฆษณาที่มีความถี่หลายครั้งตลอดวัน การโฆษณาโดยนำผู้ใช้
จริงมาสาธิตให้ฟังให้ดู การที่ตักและผู้ประกอบการออกมา
นั่งคุยเชียร์ผลิตภัณฑ์ การดำเนินการขายโดยการใช้ผู้
ประกอบวิชาชีพที่น่าเชื่อถือเพื่อสร้างความเชื่อมั่น เพื่อให้
ประชาชนมีภูมิคุ้มกันต่อการเลือกบริโภคที่เหมาะสม จึงจัด
ทำโครงการนี้ขึ้น เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับประโยชน์
สูงสุดทางด้านสุขภาพ และเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนิน
งานคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการ
บันทึกเทปอัดเสียงที่ออกอากาศทางสถานีวิทยุที่รับฟังได้
ชัดเจนในพื้นที่ อำเภอสรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่เลือกมา
อย่างสุ่มแบบเจาะจง คือ สถานีวิทยุที่ออกอากาศในพื้นที่
จ.ร้อยเอ็ด จำนวน 10 สถานี ตั้งแต่เวลาเปิดสถานีจนถึงเวลา
ที่ปิดทำการ สถานีละ 2 วัน ในระหว่างวันที่ 12 - 19 เมษายน
พ.ศ. 2561 โดยมีระเบียบวิจัยดังนี้

ประชากรและตัวอย่าง

การวิจัยนี้ทำการบันทึกออกอากาศของสถานีวิทยุ
จำนวน 10 สถานี ที่ออกกระจายเสียงในจังหวัดร้อยเอ็ด ที่
อ.ศรีสมเด็จ รับฟังได้ชัดเจน

การบันทึกรายการ

ผู้วิจัยและเครือข่ายการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคใน
พื้นที่ อำเภอสรีสมเด็จ ร่วมกันบันทึกเสียงรายการที่ออก
อากาศในแต่ละสถานีตั้งแต่สถานีเปิดทำการจนกระทั่งปิด
สถานี สถานีละ 2 วัน ซึ่งเป็นการสุ่มบันทึกเสียงรายการที่

ออกอากาศ และทำการถอดเทปที่ออกอากาศร่วมกัน โดย
เลือกคำโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีชื่อทางการค้าที่ชัดเจน
หรือสื่อในทางที่ทำให้ทราบว่าเป็นผลิตภัณฑ์นั้น ๆ โดยไม่
นับรวม ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ทราบชื่อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ
ผิดกฎหมายตามแบบประเมินที่สร้างขึ้น และผ่านการตรวจสอบ
จากผู้เชี่ยวชาญพนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์
ในการทำงานด้านนี้อย่างน้อย 10 ปี หากคำโฆษณาที่มี
ความคลุมเครือหรือไม่ชัดเจน ได้ทำการขอความเห็นจาก
ผู้เชี่ยวชาญพนักงานเจ้าหน้าที่ดังกล่าว และทำการพัฒนา
ศักยภาพเครือข่ายโดยการทดสอบก่อนและหลังการอบรม
โดยการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม และมีการคืนข้อมูลการ
สำรวจให้กับเครือข่าย ถอดบทเรียน และวางแนวทาง
การเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ที่โฆษณาผิดกฎหมายในพื้นที่ร่วมกับ
เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยการรวบรวมและรายงานผลิตภัณฑ์
สุขภาพที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีการโฆษณาในพื้นที่แบบผิด
กฎหมายเพื่อการเฝ้าระวังต่อไป

ผลการวิจัย

สถานการณ์การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย
สถานีวิทยุที่ อำเภอสรีสมเด็จ สามารถรับฟังได้อย่างชัดเจน
ประกอบไปด้วย 10 สถานีในระบบ FM ทั้งหมด ซึ่งส่วนใหญ่
เริ่มออกอากาศในช่วงเวลา 05.00 – 23.00 น. โดยผลของ
การวิจัย พบว่า สถานการณ์การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ
ที่ผิดกฎหมายในสถานีวิทยุที่ อ.ศรีสมเด็จ เมื่อจำแนกตาม
จำนวนครั้งของการโฆษณาที่ออกอากาศ มีการโฆษณา
จำนวนครั้งมากที่สุด คือ 378 ครั้ง (ร้อยละ 55.34) รองลงมา
คือ การโฆษณาอาหาร 283 ครั้ง (ร้อยละ 41.43) เครื่อง
สำอาง 22 ครั้ง (ร้อยละ 3.22) วัตถุอันตรายและเครื่องมือ
แพทย์ ไม่พบการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สถานการณ์การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายทางสถานีวิทยุใน อ.ศรีสมเด็จ

ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	การโฆษณา จำนวน (ร้อยละ)	โฆษณาที่ผิดกฎหมาย จำนวน (ร้อยละ)
ยา	849(66.12)	378(55.34)
อาหาร	313(24.38)	283(41.43)
เครื่องสำอาง	122(9.50)	22(3.22)
วัตถุอันตราย	0(0.0)	0(0.0)
เครื่องมือแพทย์	0(0.0)	0(0.0)
รวม	1284(100)	683(42.49)

ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่โฆษณาผิดกฎหมาย

โดยมีการโฆษณายาที่ผิดกฎหมายยาแผนโบราณ ร้อยละ 100 ได้แก่ ยาแคปซูลxxx ยาน้ำสมุนไพรตราxxx ยากษัยเส้นตราxxx ยาสตรีxxx และวุ้นซังมดลูกตราxxx มีการโฆษณาอาหารที่ผิดกฎหมายร้อยละ 100 ได้แก่ ทxx อินxxx เอ็มxx เครื่องดื่มสมุนไพรในคลอโรฟิลล์xx โดยอาหารทั้งหมดเป็นอาหารที่มีเลขสารบบอาหาร และเป็นเครื่องสำอางประเภทครีม ร้อยละ 100 ได้แก่ เวxxx

ประเด็นการโฆษณาผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมายตาม พระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510

ผลการประเมินข้อความโฆษณาที่ผิดกฎหมายตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 ดังตารางที่ 2 พบว่า มีการโฆษณาสรรพคุณเป็นเท็จ/เกินจริง ตามมาตรา 88 (2) ร้อยละ 77.22 และเป็นการทำให้เข้าใจว่าเป็นยาเสริมสมรรถภาพทางเพศ/ยาบำรุงกาม / ยาคุมกำเนิด ตามมาตรา 88 (5) ร้อยละ 27.78 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ประเด็นในการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาที่ผิดกฎหมายตาม พระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510

ประเด็นในการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาที่ผิดกฎหมายตาม พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510	ร้อยละ
1. โอ้อวดว่ารักษา/ป้องกัน/บำบัด/บรรเทาโรคอย่างศักดิ์สิทธิ์/หายขาด/ข้อความทำนองเดียวกัน มาตรา 88 (1)	0(0.0)
2. โฆษณาสรรพคุณเป็นเท็จ/เกินจริง มาตรา 88 (2)	77.22
3. ทำให้เข้าใจผิดในส่วนประกอบของยา/อาหาร/เครื่องสำอาง มาตรา 88 (3)	0(0.0)
4. ทำให้เข้าใจว่าเป็นยาขับประจำเดือน/ยาทำให้แท้งลูก มาตรา 88 (4)	0(0.0)
5. ทำให้เข้าใจว่าเป็นยาเสริมสมรรถภาพทางเพศ/ยาบำรุงกาม/ยาคุมกำเนิด มาตรา 88 (5)	27.78
6. รับรอง/ยกย่องสรรพคุณโดยบุคคลอื่น มาตรา 88 (7)	0(0.0)
7. โฆษณายาอันตราย/ยาควบคุมพิเศษ มาตรา 88 (6)	0(0.0)
8. โฆษณาป้องกัน/บำบัด/รักษาโรค/อาการของโรคเมื่เริ่ม เบาหวาน อัมพาต วัณโรค โรคเรื้อนหรืออาการของโรคทางสมอง หัวใจ ตับ ม้าม ไต ปอด มาตรา 88 (8)	0(0.0)
9. อื่น ๆ ได้แก่ โฆษณาโดยไม่สุภาพ อนาจาร แสดงอาการทนทุกขัทรมาณ ร้องรำทำเพลง ซิงโซค แถมพก เปรียบเทียบ ทำให้เข้าใจเป็นผลิตภัณฑ์อื่น ชักชวนให้ผู้อื่นใช้ผลิตภัณฑ์ แสดงข้อเท็จจริงที่ผิดต่อกฎหมาย, ผิดขนบธรรมเนียม	0(0.0)

ประเด็นการโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารที่ผิดกฎหมาย
ตาม พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522

ผลการประเมินข้อความโฆษณาที่ผิดกฎหมายตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522 ดังตารางที่ 3 พบว่า มีการโฆษณาอาหารที่เป็นการโฆษณาคุณประโยชน์ คุณภาพหรือ

สรรพคุณอาหารที่เป็นเท็จหรือหลอกลวงให้เกิดความหลงเชื่อตามมาตรา 40 ร้อยละ 100 ซึ่งมีการโฆษณาอาหารโดยแสดงสรรพคุณเป็นยา ร้อยละ 75.0 และมีการแสดงสรรพคุณบำรุงกาย ร้อยละ 25.0 ตามลำดับ โดยผลิตภัณฑ์อาหารที่เฝ้าฟ่งนั้นมีการขออนุญาตในการโฆษณาตามมาตรา 41

ตารางที่ 3 ประเด็นในการโฆษณาอาหารที่ผิดกฎหมายตาม พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522

ประเด็นในการโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารที่ผิดกฎหมายตาม พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522	ร้อยละ
1. การโฆษณาคุณประโยชน์ คุณภาพ หรือสรรพคุณอาหารที่เป็นเท็จหรือหลอกลวงให้เกิดความหลงเชื่อ (มาตรา 40)	100
1.1 ข้อความที่เป็นเท็จหรือเกินความจริง	0(0.0)
1.2 เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญของอาหาร	0(0.0)
1.3 รับรองหรือยกย่องคุณประโยชน์/คุณภาพหรือสรรพคุณของอาหาร	0(0.0)
1.4 เกิดความเข้าใจผิด/ไม่เข้าใจในการบริโภคอาหาร	0(0.0)
1.5 ทำให้เข้าใจว่ามีวัตถุใดในอาหารหรือเป็นส่วนประกอบของอาหาร	0(0.0)
1.6 ข้อความที่สนับสนุนทางตรง/ทางอ้อม เกี่ยวกับสิ่งที่ผิดกฎหมายหรือศีลธรรม	0(0.0)
1.7 แสดงสรรพคุณว่าเป็นยา	75.0
1.8 แสดงสรรพคุณบำรุงกาย	25.0
2. การโฆษณาคุณประโยชน์ คุณภาพ หรือสรรพคุณอาหารที่ไม่ได้รับอนุญาต (มาตรา 41)	0(0.0)

ประเด็นการโฆษณาผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางที่ผิดกฎหมายตาม พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ.2558

ผลการประเมินข้อความโฆษณาที่ผิดกฎหมายตามพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ.2558 ดังตารางที่ 4 พบว่า มี

การโฆษณาเครื่องสำอางที่ผิดกฎหมายตาม พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ.2558 ตามมาตรา 41 (1) ซึ่งแสดงข้อความที่เป็นเท็จหรือเกินความจริง ร้อยละ 100

ตารางที่ 4 ประเด็นในการโฆษณาเครื่องสำอางที่ผิดกฎหมายตาม พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ.2558

ประเด็นในการโฆษณาเครื่องสำอางที่ผิดกฎหมายตาม พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558	ร้อยละ
มาตรา 41 การโฆษณาเครื่องสำอางต้องไม่ใช่ข้อความที่ไม่เป็นธรรมต่อผู้บริโภคหรือใช้ข้อความที่อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสังคมเป็นส่วนตัว ทั้งนี้ ไม่ว่าข้อมูลดังกล่าวนั้นจะเป็นข้อความที่เกี่ยวกับแหล่งกำเนิด สภาพ คุณภาพ ปริมาณ หรือลักษณะของเครื่องสำอาง	
1. แสดงข้อความที่เป็นเท็จหรือเกินความจริง	100
2. ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญ	0(0.0)
3. แสดงสรรพคุณทำให้เข้าใจผิดว่ารักษาโรค	0(0.0)
4. ทำให้เข้าใจว่ามีสรรพคุณบำรุงกาย	0(0.0)

ตารางที่ 4 (ต่อ) ประเด็นในการโฆษณาเครื่องสำอางที่ผิดกฎหมายตาม พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ.2558

ประเด็นในการโฆษณาเครื่องสำอางที่ผิดกฎหมายตาม พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558	ร้อยละ
5. ข้อความที่เป็นการสนับสนุนโดยตรงหรือโดยอ้อมให้มีการกระทำผิดกฎหมายหรือศีลธรรม หรือนำไปสู่ความเสื่อมเสียในวัฒนธรรมของชาติ	0(0.0)
6. ข้อความที่จะทำให้เกิดความแตกแยกหรือเสื่อมเสียความสามัคคี	0(0.0)

ข้อความโฆษณายาแผนโบราณ/สมุนไพร ที่มีการโฆษณาสรรพคุณยาอันเป็นเท็จหรือเกินความจริง

“ยาแคปซูล..... ใคร ๆ ก็..... ช่วยบำรุงร่างกาย สุขภาพดี อ่อนเพลีย มึนงง ตามัวจากเบาหวานขึ้นตา ปัสสาวะบ่อย ปวดเมื่อยตามร่างกาย ทำงานหนัก นั่งทำงาน นาน ๆ ขาเมือขาเท้า นอนไม่หลับ พักผ่อนน้อย ไม่มีแรง ทาน ทุกวัน ช่วย Detox ทุกวัน ช่วยให้ลำไส้สะอาด สุขภาพดี ดีแน่นอน หาซื้อ.....ได้ที่ ตัวแทนจำหน่าย และ ร้านขายยาทั่วไป หรือโทร”

“ยา คือดีแท้สุขภาพดีใหญ่เต็มขึ้นมา กินแล้วหาย โรคภัย กระทบมาเบียดเบียน สุขภาพแข็งแรง เป็นปกติแล้ว ร่างกาย แข็งแรงแล้ว ไปเยี่ยมยามโรงงานเพื่อนกะดี ๆ เฮ็ดสะอาด สะอาด ยาดีมอฮ่อน ๆ เลย หอมแต่สมุนไพร อย่างเข้าไปกะ เคย โรงงานเพื่อน ฝากไว้อาย่าลิ้มยาสมุนไพรไทยตรา.....”

ข้อความโฆษณายาแผนโบราณ/สมุนไพร ที่มีการโฆษณาสรรพคุณบำรุงกาย

“อันยายเฒ่านี้ดีอกดีใจว่าพ่อใหญ่คนเขาขึ้น สภา ร่างกายแข็งแรง เฮ็ดเวียกได้เที่ยงกลางเวีนกลางคืน ว่างไป ว่างมาคล่องแคล่วว่องไว บ่คือแต่ก่อน พักตะมากินยา กระษัยเส้น ตรา.....”

ข้อความโฆษณาอาหาร โดยการแสดงสรรพคุณเป็นยา

“..... บำรุงของสายตา ยับยั้งปัญหาที่จะก่อเกิด โรคเมะเร็ง บำรุงกระดูกและข้อ บำรุงผิวพรรณและเส้นผม สินค้ามาตรฐานผ่าน อย. ฮาลาล จิงทานได้ทุก คน ดูแลชีวิตของคุณและคนที่คุณรัก เลือก.....นะคะ สนใจ

โทรสอบถาม สั่งซื้อได้ที่”

แนวทางในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพที่โฆษณาผิดกฎหมายในพื้นที่ อ.ศรีสมเด็จ

1. เครือข่ายทำการสำรวจการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในชุมชน ที่โฆษณาผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ โทรทัศน์ ป้ายโฆษณา รถเร่ อินเทอร์เน็ต ผู้ได้รับผลกระทบ จากการใช้ผลิตภัณฑ์

2. บันทึกข้อมูลลงในบันทึกการเฝ้าระวังโฆษณาและทางช่องทาง line application

3. ส่งข้อมูลไปยัง รพสต. และ รพ.ศรีสมเด็จ

4. ให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังการประชุมของ อสม.และ ทำหนังสือ/เอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อการเฝ้าระวังส่งให้ผู้ใหญ่ บ้าน/กำนัน

5. อสม./ผู้นำทำการประชาสัมพันธ์เพื่อเฝ้าระวังและประชาสัมพันธ์ในพื้นที่ตนเอง

การพัฒนาความรู้เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคในการรู้เท่าทันภัยโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ

จากการอบรมให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมและทำแบบทดสอบความรู้ให้กับเครือข่าย ได้แก่ เครือข่าย อสม. เครือข่ายผู้นำชุมชน และเครือข่าย อย.น้อย เครือข่ายผู้สูงอายุ เครือข่ายผู้ประกอบการร้านค้าชำ จำนวน 186 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนในการวัดความรู้เท่าทันโฆษณา ก่อนทำการอบรม เท่ากับ 11.51 ± 2.05 และหลังอบรม เท่ากับ 16.50 ± 1.65 ซึ่งพบว่าหลังจากการอบรมให้ความรู้ กลุ่มเครือข่ายมีความรู้เท่าทันโฆษณามากขึ้น และนับตั้งแต่ตั้งเครือข่ายขึ้นมาจนถึงปัจจุบัน มีการรายงานผลิตภัณฑ์

สุขภาพที่โฆษณาเกินจริงจำนวน 8 ผลิตภัณฑ์ ได้แก่ ชาโสม เกาหลี ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมลดน้ำหนัก อาหารเสริมเห็ดหลินจือ อาหารเสริมสาหร่ายทะเล ยาแผนโบราณ เครื่องสำอาง 2 ชนิด และยาลูกกลอน

วิจารณ์

สถานการณ์ของการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายทางสื่อวิทยุที่รับฟังได้ชัดเจน ในอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 10 สถานี มีการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายอย่างน้อย 1 ชิ้น มีการโฆษณาทั้งหมด 1,284 ครั้ง มีการโฆษณาที่ผิดกฎหมายจำนวน 683 ครั้ง (53.19%) โฆษณาที่ผิดกฎหมายแบ่งประเภทตามกฎหมาย ยา (55.34%) อาหาร (41.43%) และเครื่องสำอาง (3.22%) ประเด็นของการโฆษณาที่ผิดกฎหมายที่พบมากที่สุด ได้แก่ การแสดงสรรพคุณทางยาโดยการใช้ข้อความที่เป็นเท็จหรือเกินความจริงซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของตุลาภรณ์ รุจิระยรรยง³ จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น พบว่า วิทยุยังคงเป็นสื่อที่โฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย และประชาชนในพื้นที่ยังคงฟังวิทยุเพื่อรับข้อมูลข่าว ซึ่งส่งผลให้ประชาชนหลงเชื่อในทางที่ผิดเกิดผลกระทบทางด้านสุขภาพ เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่จะต้องจัดการ ดังนั้นเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาในระยะยาว ควรมีการจัดการปัญหาร่วมกันระหว่างภาคเอกชน ภาครัฐ ภาคประชาชน โดยการส่งเสริมให้ประชาชนมีหลักคิด มีความรู้ ความเข้าใจ มีความตระหนักในการเลือกใช้และรู้เท่าทันภัยจากการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ นอกจากนั้นควรมีการติดตามสถานการณ์การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านช่องทางที่นิยมใช้เป็นปัจจุบัน เช่น ทางอินเทอร์เน็ต ช่องทางโซเชียล เพื่อให้มีการจัดการปัญหาได้อย่างทันทั่วถึง ต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีความฉลาดในการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพต่อไป และต้องมีการดำเนินงานที่ต่อเนื่องในภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาที่ตรงจุดและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะทำงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับตำบล ประกอบไปด้วย นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงาน

สาธารณสุขอำเภอศรีสมเด็จ ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7 แห่ง นักวิชาการเทศบาลศรีสมเด็จ นักวิชาการกลุ่มงานการปฐมภูมิ รพ.ศรีสมเด็จที่ขับเคลื่อนและสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสมเด็จ และบุคลากรในฝ่ายเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคที่สนับสนุนในการดำเนินงานอย่างเต็มที่ และทำให้งานนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ประวิ อ่ำพันธุ์. สถานการณ์ ปัญหา และการพัฒนารูปแบบแก้ไขปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพของสถานีวิทยุกระจายเสียงจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2558 ; 24(6) : 1061.
2. ดนุชา สลึงค์. การศึกษาความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ฟังรายการวิทยุ ชุมชนมูลนิธิบุญญามารณ์ (F.M. 90.75 MHz) วัดโสมนัส งามอำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2549.
3. ตุลาภรณ์ รุจิระยรรยง. สถานการณ์การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายทางวิทยุท้องถิ่นจังหวัดลพบุรีในยุคของคณะรักษาความสงบเรียบร้อยแห่งชาติ (คสช.). [อินเทอร์เน็ต]. ลพบุรี; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2 สิงหาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก : <http://tjpp.pharmacy.psu.ac.th/wp-content/uploads/2015/09/58-17final.pdf>
4. กนกพร ชนะคำ. ความซุกของโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกกฎหมายทางวิทยุท้องถิ่นในอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. [อินเทอร์เน็ต]. บุรีรัมย์; 2559 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2560]. เข้าถึงได้จาก : <http://tjpp.pharmacy.psu.ac.th/wp-content/uploads/2016/11/59-31final.pdf>
5. มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค. โฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมายใน : โฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมายในยุค คสช. โรงแรมเซ็นจูรี่ พาร์ค. มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค. กรุงเทพฯ : มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, 2557.

6. สุภิญญา กลางณรงค์. โฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย ใน : โฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย ในยุค คสช. โรงแรมเซ็นจูรี่ พาร์ค. มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค. กรุงเทพฯ : มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, 2557.

ผลการใช้กิจกรรมกลุ่มและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในจังหวัดร้อยเอ็ด

Outcome of the Group Activities and Health Belief Model to Self-care Behaviors with Pre-diabetes in Roi-Et

เกษร ศรีธรรมมา*

Kaesorn Srethamma

Corresponding author : Email : Sir.kesorn05@hotmail.com

(Received : June 29, 2020 ; Revised : July 20, 2020 ; Accepted : July 30, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
รูปแบบการวิจัย : แบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 32 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการใช้
กิจกรรมกลุ่มและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มควบคุมใช้กิจกรรมตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์
ใช้เวลาในการดำเนินงาน 14 สัปดาห์ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติ
ทดสอบ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย : หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม
มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.94 คะแนน (95% CI
: 0.715, 0.984) และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับ
กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.05 คะแนน (95% CI; 1.773, 2.339)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการใช้กิจกรรมกลุ่มและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพส่งผล
ให้กลุ่มเสี่ยงมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : กิจกรรมกลุ่ม ; แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ; พฤติกรรมการดูแลตนเอง ; โรคเบาหวาน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัว
อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purposes : To compare health belief model and self-care behaviors of pre-diabetes in Roi-Et.

Design : Qua-si experimental design

Materials and Method : A total of 64 subjects were divided into two groups of 32. The experimental group was assigned a program of group activities and health beliefs model and control group had normal activities. Data were collected by using interview form and It took 14 weeks to complete the operation. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and statistics for Independent t-test, at a significant level of 0.05

Main finding : After intervention, it were found that pre-diabetes had a statistically significant higher overall health belief model ,when compared to control group ($p<.001$), with a 0.94 increase in mean score (95% CI : 0.715, 0.984), and pre-diabetes had significantly more overall self-care behavior mean scores, when compared to control group ($p<.001$), with a 2.05 increase in mean score (95% CI; 1.773, 2.339).

Conclusion and recommendations : The results of this research showed that the use of group activities and health belief model resulted in increased pre-diabetes having health beliefs model and self-care behaviors.

Keywords : Group activities ; Health Belief Model ; Self-care Behaviors ; Diabetes Mellitus

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลก ร้อยละ 36.0 ในปี พ.ศ. 2551 ประเมินการว่า ปี พ.ศ. 2554-2573 จะมีต้นทุนจากโรค NCD ทั่วโลกเป็นเงินประมาณ 1,401 ล้านล้านบาทหากเทียบเคียงมาที่ประเทศไทยเท่ากับ 1,500 บาท ต่อคนต่อปี ปัจจัยเสี่ยงหลัก คือ การสูบบุหรี่, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ สำหรับสถานการณ์ประเทศไทยแล้วพบว่า กลุ่มโรค NCD เป็นสาเหตุการตายร้อยละ 73.0 ความสูญเสียทางเศรษฐกิจมีมูลค่า 198,512 ล้านคิดเป็น 3,128 บาทต่อหัวประชากร¹

โรคเบาหวานจัดเป็นโรคไม่ติดต่อที่พบบ่อยที่สุด ควบคู่กับโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดผิดปกติ โรคนี้พบบ่อยมากกว่าร้อยละ 5.0 ขึ้นไปในประชาชนไทยวัย 30 ถึง 60 ปี หากนับเฉพาะประชากรในชุมชนเมืองอาจจะมีมากขึ้นถึงร้อยละ 10.0² ปัจจุบันประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานถึง 4.8 ล้านคน และมักเกิดภาวะแทรกซ้อน

เมื่ออายุเพิ่มขึ้น ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมาจากวิถีชีวิตแบบเนือยนิ่ง โรคอ้วนและอายุที่มากขึ้นในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาเพียงร้อยละ 35.6 หรือเพียง 2.6 ล้านคนบรรลุเป้าหมายในการรักษาได้เพียง 0.9 คน ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในเมืองไทยมีมากถึง 200 รายต่อวัน คาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายในปี 2583 ซึ่งหากดูแลรักษาได้ไม่ดีอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นโรคไตและการถูกตัดเท้าหรือขา³

นอกจากนี้พบว่า เบาหวานที่เกิดในวัยรุ่นหนุ่มสาวและผู้หญิงวัยต้นนั้นมีข้อมูลชี้ชัดว่าโรคมีความรุนแรงกว่าเบาหวานที่เกิดในวัยกลางคนและผู้สูงอายุ รวมถึงการตอบสนองต่อการรักษาได้น้อยกว่านำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว และรุนแรงกว่า สร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจเนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรในวัยทำงาน เช่นเดียวกับสถานการณ์ในเขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัว ในปี พ.ศ. 2559-2562 พบว่า

มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 28 ราย 34 ราย 35 ราย และ 39 ราย ตามลำดับ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 122 ราย 128 ราย 147 ราย และ 248 ราย ตามลำดับ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 80 ราย 89 ราย 101 ราย และ 102 ราย ตามลำดับ และยังพบว่าผลการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานปี พ.ศ.2562 พบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 209 ราย และพบว่า สาเหตุการตายตั้งแต่ปี พ.ศ.2559-2561 พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากโรคเกี่ยวกับระบบต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิซึมโรคหัวใจวาย และโรคระบบไหลเวียนโลหิต จำนวน 5 ราย 10 ราย และ 6 ราย ตามลำดับ⁴

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นว่าสถานการณ์โรคเบาหวานและผลกระทบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทีมผู้วิจัยของเครือข่ายสุขภาพอำเภอพนมไพรและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัว จึงได้ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาดังกล่าวโดยการศึกษาสำรวจ (Pilot survey) และสนทนากลุ่ม พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการกินอาหารหวาน มัน เค็ม กินข้าวเกิน และกินผักน้อย เข้าลักษณะมีกินไม่รู้จักอิ่ม มีการออกกำลังกายแต่ทำไม่ต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษาที่คลินิกโรคเบาหวานที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลควนขนุน และศูนย์สุขภาพชุมชนควนขนุน จังหวัดพัทลุงพบว่า กิจกรรมทางกาย / การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2⁵ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำได้ด้านโภชนาการและการรับรู้อุปสรรคด้านโภชนาการเป็นปัจจัยสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ถึงร้อยละ 23.0⁶

การควบคุมอาหารเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและต้องปฏิบัติทุกราย ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองอย่างเคร่งครัดในการควบคุมอาหาร แม้ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดลดน้ำตาลหรืออินซูลินแล้วก็ตาม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อ้วนพบว่า การควบคุมอาหารได้ไม่เพียงพอแต่ลดน้ำหนักตัวลงมาเท่านั้น ยังทำให้โรคเบาหวานทุเลาลงจนอาจไม่ต้องใช้ยาก็ได้ แต่ในรายที่ไม่ได้ควบคุมอาหารก็อาจจะทำให้โรคกำเริบขึ้นได้ เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ต้องมีการส่งเสริม

พฤติกรรมสุขภาพในด้านต่างๆ เพื่อพัฒนาความรู้ให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงหมายถึงการที่บุคคลหรือกลุ่มคนมีการปฏิบัติตน เพื่อไปให้ถึงระดับความเป็นอยู่ที่ดี เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง โดยเน้นว่าเป็นการปฏิบัติตนเองไปในทางบวกหรือส่งเสริมเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีขึ้น และมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ซึ่งเพนเดอร์⁷ ได้นำเสนอไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1982⁸ และได้ศึกษาวิจัยเพื่อทดสอบและแก้ไขปรับปรุงเรื่อยมา เนื่องจากพบว่า ยังขาดแรงจูงใจที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและไม่สามารถที่จะนำไปใช้ได้กับภาวะสุขภาพของทุกช่วงอายุทุกวัยในบุคคล โดยเฉพาะเมื่อบุคคลถูกคุกคามจากการเจ็บป่วย จึงได้มีการปรับเปลี่ยนเป็นรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ในปี ค.ศ.1996 ประกอบด้วย 6 ด้านย่อยคือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) กิจกรรมทางกาย(Physical activity) ทางโภชนาการ (Nutrition) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) และการจัดการกับความเครียด (Stress management) เพื่อควบคุมอาการของโรคและลดภาวะแทรกซ้อน ได้มีการนำเสนอแนวทางในการรักษาผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน สมาคมเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา⁹ เสนอว่าควรจะให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้มากที่สุด

เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานพบว่า โรคอ้วนและการขาดการออกกำลังกายก็เป็นปัญหาที่เพิ่มขึ้นมากเช่นเดียวกัน โดยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของดัชนีมวลกาย (Body mass index) การมีน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำนายการเกิดโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นผลมาจากการควบคุมอาหารยังไม่ได้พอ ผู้ป่วยยังขาดความรู้หรือการรับรู้ในสิ่งที่ถูกต้องหรือรับรู้ แต่ขาดแรงจูงใจและพบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องสำคัญๆ เช่น การใช้ยา การออกกำลังกาย การตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองและการควบคุมอาหาร เป็นต้น⁵ ดังนั้น โภชนาการมีความสำคัญต่อโรคเบาหวาน

มากภาวะโภชนาการที่ดีจะช่วยป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานได้ ภาวะโภชนาการที่ไม่ดี มีส่วนทำให้เกิดโรคเบาหวานได้เร็วขึ้นและทำให้อาการของโรคเบาหวานรุนแรงขึ้น มีข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าโภชนาการมีความสัมพันธ์กับโรคเบาหวานมาก ยุคติน¹⁰ ได้เปรียบเทียบนิสัยการบริโภคของชนชาติต่าง ๆ จำนวน 41 ประเทศ พบว่า ชนชาติที่มีการกินน้ำตาลและไขมันมากมีสถิติของโรคเบาหวาน เช่น ชาว และแปง จากงานวิจัยฉบับนี้ชี้ให้เห็นว่าส่วนประกอบของอาหารมีบทบาทสำคัญต่อโรคเบาหวาน ซึ่งสามารถควบคุมอาการของโรคไม่ให้ลุกลาม หรือรุนแรงขึ้นได้

ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน จากการคำนวณความเสี่ยงของคนทั่วไปว่า พบว่า ตลอดชีวิตจะมีโอกาสเกิดโรคเบาหวาน ผู้ชายมีความเสี่ยงประมาณร้อยละ 33.0 ผู้หญิงมีความเสี่ยงประมาณร้อยละ 29.0 กล่าวได้ว่าการดำเนินการป้องกันจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกคนต้องตระหนัก โดยเฉพาะบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงาน ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่จะต้องดำเนินการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม แต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า แนวทางการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนใหญ่เป็นเพียงการให้สุศึกษาหรือคำแนะนำ ทำให้ไม่เกิดผลลัพธ์ที่ดี ยังไม่มีแนวปฏิบัติในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานที่ชัดเจน และเป็นมาตรฐานเดียวกัน จึงทำให้ผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานยังคงมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานห่างไกลจากการมีสุขภาพที่ดี¹¹ อย่างไรก็ตามได้มีการศึกษารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดลำพูน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การปรุงอาหาร และการออกกำลังกาย และการจัดการเกี่ยวกับอารมณ์ หลังการเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มช่วยให้กลุ่มเสี่ยงมีพัฒนาการในคันความรู้ ทักษะคิด ค่านิยม และพฤติกรรมที่ยังเป็นปัญหาก่อให้เกิดการเรียนรู้และสามารถนำสิ่งที่ได้รับมาแก้ไข และประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันให้

ถูกต้องเหมาะสม เกิดผลดีต่อสุขภาพที่จะป้องกันตนเองไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน¹²

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าถึงแม้โรคเบาหวานจะเป็นโรคเรื้อรังที่ยากต่อการรักษาให้หายขาด แต่สามารถป้องกันและควบคุมได้ โดยเฉพาะเรื่องของการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อป้องกันและควบคุมโรคจะสามารถลดการป่วย พิการและตายจากโรค รวมทั้งชะลอการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคลงได้ แต่จากการทบทวนองค์ความรู้สถานการณ์ และรูปแบบการให้สุศึกษาเบาหวานของชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และคณะ¹³ พบว่า การดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวานที่ผ่านมามุ่งเน้นการรักษาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำตามแผนการรักษาของแพทย์เป็นส่วนใหญ่ องค์ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอที่จะนำไปใช้เป็นนโยบายของประเทศได้ การรวบรวมองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นจริงทั้งในตนเอง ครอบครัว สังคม เพื่อให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน โดยการเน้นให้ทุกคนมีส่วนร่วมและความยั่งยืน ดังนั้น การจัดรูปแบบกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จึงเป็นการป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคเบาหวานในระยะต่อมา เช่นเดียวกับองค์การอนามัยโลก¹⁴ ได้เสนอวิธีการควบคุมและป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคเบาหวานนั้นมีวิธีการสำคัญสองประการ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลในปริมาณที่เหมาะสม (Diet) และการมีกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสม (Physical activity) รวมทั้งการควบคุมน้ำหนัก การเดินวันละครึ่งชั่วโมง จะสามารถช่วยลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานได้มากกว่าร้อยละ 50.0

จากการทบทวนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทฤษฎีนี้ได้รับการพัฒนาและนำมาใช้เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค ซึ่งบุคคลจะต้องรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรง มีอันตรายต่อร่างกายอันก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความลำบาก และการใช้เวลา เสียเงินในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน บุคคลก็จะปฏิบัติให้หายจากการเกิด

โรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ได้รับความเชื่อถือและความไว้วางใจในการดูแลรักษา ในการที่บุคคลจะตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนหรือมีพฤติกรรมต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและอนามัยนั้น จะต้องประเมินถึงประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นในการปฏิบัติ หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การรับรู้ต่ออุปสรรคจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันและพฤติกรรมของผู้ป่วยในการทำนายพฤติกรรม การให้ความร่วมมือในการรักษาได้ การเกิดแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ถือว่ามีความสำคัญที่จะช่วยผลักดันบุคคลให้มีความต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และก่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ¹⁵

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลการใช้กิจกรรมกลุ่มและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัว อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) เป็นกลุ่มที่ใช้กิจกรรมกลุ่มและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามรูปแบบที่ผู้วิจัยกำหนด และกลุ่มควบคุม (Control group) เป็นกลุ่มใช้กระบวนการป้องกันโรคเบาหวานตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design) ทั้ง 2 กลุ่มใช้ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษาวิจัยทั้งหมด 14 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา ประชากรศึกษาที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานทั้งชายและหญิงที่ได้จากการคัดกรองที่ขึ้นทะเบียนกลุ่มเสี่ยงที่มีผลน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 100-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (FG) ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงกันยายน พ.ศ.2563 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัว อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน รวมทั้งหมด 64 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (Power Analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power) กำหนดที่ .80 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ที่ .2016 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกกลุ่มละ 20% เพื่อป้องกันการสูญหาย (Drop out) ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น จึงได้ขนาดตัวอย่างที่ในงานวิจัยจำนวน 32 คนต่อกลุ่ม

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. คัดเลือกกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ประกอบด้วย (1) อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป (2) เป็นผู้เข้ารับการคัดกรองโรคเบาหวานประจำ และมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อยู่ระหว่าง 100-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (3) สามารถอ่านออกเขียนภาษาไทยได้ (4) ไม่มีปัญหาการได้ยิน และการมองเห็น และ (5) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Simple random sampling) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้ (1) กำหนดหมายเลขประจำตัวให้แก่สมาชิกทุกหน่วยในประชากร (2) นำหมายเลขประจำตัวของสมาชิกมาจัดทำเป็นฉลาก (3) จับฉลากขึ้นมาที่หมายเลขจนกระทั่งครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ (4) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เป็นรายบุคคลเพื่อสร้างสัมพันธภาพชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินการ และ (5) ถ้ากลุ่มเสี่ยง

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ให้ลงนามในหนังสือยินยอมการเข้าร่วมงานวิจัย

กลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมจะได้รับกระบวนการป้องกันโรคเบาหวานตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัว ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกายที่เหมาะสม เป็นเวลา 3 ชั่วโมง ณ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัว อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มทดลอง กลุ่มทดลอง จะได้รับกระบวนการกลุ่ม และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา จำนวน 3 วัน ในการให้ความรู้และการรับรู้ โดยแบ่งเป็น 5 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน กลุ่มที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อโรคเบาหวาน กลุ่มที่ 3 อาหารที่เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน กลุ่มที่ 4 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรค และฐานที่ 5 การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด สัปดาห์ที่ 2,3,5,6,7,9,10,11 และ 13 เป็นกิจกรรมการเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่กำกับดูแล (Directed controls) จำนวน 2 คน สัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 เป็นกิจกรรมกลุ่มที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัว สัปดาห์ที่ 13 ประเมินผล และสัปดาห์ที่ 14 ค้นข้อมูล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1) เครื่องมือเพื่อใช้ในการทดลอง ได้แก่ แผนการจัดกิจกรรมที่ประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่มและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโดยมีกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 3 วัน ในการให้ความรู้และเพิ่มการรับรู้ โดยแบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวาน โดยการบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ ภาพพิกจากผู้วิทยากร เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน กลุ่มที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อโรคเบาหวาน โดยผู้ป่วยเบาหวานกรณีศึกษา

อภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อให้รับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวาน ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรค กลุ่มที่ 3 อาหารที่เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยการใช้ชุดโมเดลอาหารและเมนูตัวอย่างอาหาร เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงสามารถจัดทำเมนูอาหารที่เหมาะสมกับตนเองเป็นเมนูที่สามารถทำได้จริงในชีวิตประจำวันได้ กลุ่มที่ 4 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรค โดยการบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ วิธีการปฏิบัติไม่ให้เป็นโรคและอุปสรรคต่างๆ ภาพพิกจากผู้วิทยากร เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงรู้ถึงวิธีการป้องกันโรค ซึ่งเกินปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันโรค และกลุ่มที่ 5 การออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียดโดยการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย และสาธิตการผ่อนคลายความเครียดแบบง่ายๆ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงทราบถึงวิธีออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียดที่ถูกต้อง และสามารถทำได้จริง

สัปดาห์ที่ 2,3,5,6,7,9,10,11 และ 13 เป็นกิจกรรมการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตาม กระตุ้นให้เกิดความต่อเนื่อง โดยใช้แบบเยี่ยมบ้านจากผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่กำกับดูแล (Directed controls) จำนวน 2 คน ติดตามว่ากลุ่มได้มีการนำความรู้จากกิจกรรมไปใช้ที่บ้านหรืออุปสรรคใดบ้างจะได้มีการช่วยเสริมในสิ่งที่ขาด

สัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 เป็นกิจกรรมการรวมกลุ่มที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัว มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยแบ่งกลุ่มออกเป็น 5 กลุ่ม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้มาร่วมกระบวนการกลุ่ม เกิดการทบทวนความรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ อุปสรรคที่พบเจอ และวางแผนในการนำไปปฏิบัติต่อไปและสัปดาห์ที่ 13 ประเมินผล และสัปดาห์ที่ 14 ค้นข้อมูลและสรุปผลการดำเนินงาน

2) เครื่องมือวิจัยที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ ตอนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้

ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากงานวิจัยของอรุณีย์ ศรีนวล¹⁷ ที่ได้ประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์เป็นสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย จำนวน 30 ข้อ ตอนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพที่จำเป็น และการจัดการความเครียด

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive) และการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุม หลังการได้รับโปรแกรมด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานทั้งหมด 64 คน กลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นชาย (62.5%) อายุเฉลี่ย 52 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (75.0%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (90.6%) และรายได้ตั้งแต่ 30,001-40,000 บาทต่อปี (37.5%) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นชาย (56.3%) อายุเฉลี่ย 50 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (62.5%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (78.1%) และรายได้ตั้งแต่ 20,001-40,000 บาทต่อปี (62.6%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะทางประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

ลักษณะทางประชากร		กลุ่มทดลอง (n=32)	กลุ่มควบคุม(n=32)
เพศ	ชาย	20(62.5)	18(56.3)
	หญิง	12(37.5)	14(43.8)
อายุ	Mean(SD)	52.2(7.36)	49.8(9.85)
การศึกษา	ประถมศึกษา	24(75.0)	20(62.5)
	มัธยมศึกษา	5(15.6)	10(31.3)
	ปริญญาตรี	3(9.4)	0(0.0)
อาชีพ	เกษตรกร	29(90.6)	25(78.1)
	รับจ้าง	2(6.3)	7(21.9)
	ข้าราชการบำนาญ	1(3.1)	0(0.0)
รายได้ต่อปี	10,000-20,000 บาท	4(12.5)	2(6.3)
	20,001-30,000 บาท	10(31.3)	10(31.3)
	30,001-40,000 บาท	12(37.5)	10(31.3)
	40,001-50,000 บาท	3(9.4)	4(12.5)
	50,000 บาทขึ้นไป	3(9.4)	6(18.8)

2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

มีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.94 คะแนน (95% CI: 0.715, 0.984) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.02 คะแนน (95% CI: 0.867, 1.180) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.95 คะแนน (95% CI: 0.814, 1.092) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.85 คะแนน (95% CI: 0.715, 0.984) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง

ตัวแปร	n	Mean(SD)	Mean diff. (SE)	95%CI		p
				Lower	Upper	
การรับรู้โอกาสเสี่ยง						
กลุ่มทดลอง	32	2.74(0.21)	1.02(0.76)	0.869	1.180	<.001
กลุ่มควบคุม	32	1.71(0.34)				
การรับรู้ความรุนแรง						
กลุ่มทดลอง	32	2.76(0.19)	0.95(0.38)	0.814	1.092	<.001
กลุ่มควบคุม	32	1.81(0.31)				
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค						
กลุ่มทดลอง	32	2.74(0.20)	0.85(0.37)	0.715	0.984	<.001
กลุ่มควบคุม	32	1.86(0.23)				
โดยรวม						
กลุ่มทดลอง	32	2.74(0.20)	0.94(0.33)	0.824	1.061	<.001
กลุ่มควบคุม	32	1.79(0.22)				

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.05 คะแนน (95% CI ; 1.773, 2.339)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.88 คะแนน (95% CI ; 1.481, 2.282) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.16 คะแนน (95% CI ; 1.811, 2.511) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียดมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.13 คะแนน (95% CI ; 1.773, 2.339) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง

ตัวแปร	n	Mean(SD)	Mean diff. (SE)	95%CI		p
				Lower	Upper	
การควบคุมอาหาร						
กลุ่มทดลอง	32	4.29(0.45)	1.88(0.19)	1.481	2.282	<.001
กลุ่มควบคุม	32	2.41(0.15)				
การออกกำลังกาย						
กลุ่มทดลอง	32	4.33(0.68)	2.16(0.17)	1.811	2.511	<.001
กลุ่มควบคุม	32	2.17(0.10)				
การจัดการความเครียด						
กลุ่มทดลอง	32	4.35(0.44)	2.13(0.15)	1.818	2.432	<.001
กลุ่มควบคุม	32	2.23(0.11)				
โดยรวม						
กลุ่มทดลอง	32	4.33(0.44)	2.05(0.14)	1.773	2.339	<.001
กลุ่มควบคุม	32	2.27(0.09)				

วิจารณ์

กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานกลุ่มทดลองหลังจากได้รับการจัดกิจกรรมกลุ่ม และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นระยะเวลา 14 สัปดาห์ ส่งผลให้ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของดวงเดือน หันทุยง, วรพล แวงนอก และวรากร เกรียงไกรศักดิ์¹⁸ ซึ่งพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ย ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เช่นเดียวกับการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารพัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยมีปัจจัยที่สำคัญตามทฤษฎี ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะเสี่ยง

ต่อโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร การรับรู้อุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ส่งผลให้ ทำให้คะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ทั้งนี้การสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยจัดกิจกรรมพัฒนา 4 แหล่ง คือ (1) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (2) การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (3) การพูดชักจูง และ (4) สภาวะกระตุ้นทางสรีระและอารมณ์¹⁹

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มเสี่ยง¹⁸ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เช่นเดียวกับกลุ่ม

เสี่ยงโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ในทำนองเดียวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันการป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โปรแกรมที่ทีมวิจัยพัฒนาขึ้นจัดกิจกรรม 7 ครั้ง ระยะเวลา 16 สัปดาห์ เนื้อหาประกอบด้วย (1) ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน (2) การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ (3) การตั้งเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (4) การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับบุคคลและบริบทชุมชน (5) การเคลื่อนไหวร่างกายและออกกำลังกายที่เหมาะสม (6) การควบคุมกายและใจเพื่อสุขอนามัยที่ดี “สกด สะกด สะกิด” และ (7) กลยาณมิตร “เพื่อนช่วยเพื่อน” กลยาณมิตร จุดเด่นของโปรแกรมนี้นี้คือ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้พูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแสดงความคิดเห็น มีกลยาณมิตร (Buddy) ที่คอยช่วยเหลือกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน มีการติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ โดยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจดบันทึกการรับประทานอาหารที่รับประทานทุกมื้อ ที่มีที่เลี้ยงและทีมวิจัยจะประเมินผลการรับประทานอาหารและให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล รวมทั้งให้บันทึกการออกกำลังกาย การทำกิจกรรมทางกาย และจำนวนก้าวจากเครื่องนับก้าว ซึ่งกลวิธีนี้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมให้ความสนใจมาก เนื่องจากเป็นเครื่องมือใหม่และสามารถติดตาม ตรวจสอบผลการออกกำลังกายของตนเองได้ กลุ่มทดลองมีเส้นรอบเอวของลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ²¹ ดังการศึกษาในประเทศออสเตรเลีย²² เป็นการศึกษาแบบ Randomized controlled trial ในอาสาสมัครกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (pre-diabetes) จำนวน 307 คนที่เข้าร่วม โดยการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 183 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 91 คน (เมื่อสิ้นสุดโครงการ) มีมาตรการดังนี้คือ กลุ่มควบคุมให้บริการตามปกติ แต่กลุ่มทดลอง ให้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รายกลุ่ม ๆ ละ 10 คน เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงการเกิด DM โดยแต่ละคนได้รับ pre-course จำนวน 1 ครั้งเกี่ยวกับข้อมูลการแพทย์ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และวิธีการศึกษาจากนั้นจะให้ความรู้รายกลุ่ม จำนวน 6 ครั้ง ใน 6 เดือนโดย

มีเนื้อหาที่สำคัญ คือ Psycho-educational การรับประทานที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การกระตุ้นเสริมแรง การตั้งเป้าหมายและความเครียด การสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่ม Pre-DM เปลี่ยนเป็นกลุ่มปกติ(Non-DM) ในกลุ่มทดลอง 43% และกลุ่มควบคุม 26% ; กลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ดีวก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ¹⁸

สอดคล้องการศึกษาในประเทศอิตาลีของโบ²² ที่ได้ศึกษาแบบ Two-arm randomized controlled ในประชากรศึกษา 383 คน ที่ได้จากการคัดกรองภาวะเมตาบอลิกผิดปกติ และ 120 คน ที่มี High-sensitivity CRP ร่วมด้วย เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมีมาตรการสำคัญดังนี้คือ กลุ่มควบคุมบริการตามปกติกลุ่มทดลอง ให้คำแนะนำโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ขอแนะนำรายบุคคลด้วยวาจาและเอกสารจากนักโภชนาการ ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคต่อมไร้ท่อ จำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกจะเป็นรายบุคคล และที่เหลือ 4 ครั้ง จัดเป็นรายกลุ่ม ครั้งที่ 2-5 เป็นการประชุมรายกลุ่ม ๆ ละ 10-12 คน รายละเอียดของกิจกรรมดังนี้ คือ การประชุมเกี่ยวกับส่วนประกอบของอาหาร วิธีการระบุชนิดของอาหาร พีรามิดอาหาร การประชุมเกี่ยวกับการควบคุมสัดส่วนปริมาณสารอาหาร การให้คำปรึกษา การประชุมเกี่ยวกับกลยุทธ์การรับประทานข้าวนอกบ้าน การซื้ออาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง การประชุมเกี่ยวกับ ประโยชน์ของกิจกรรมทางกาย วิธีการเพิ่มการออกกำลังกายในแต่ละวัน รวมถึงการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันด้วยภายหลังการติดตาม 12 เดือนพบว่า สามารถลดการเสี่ยงต่อการป่วยจาก Metabolic Syndrome ได้ถึงร้อยละ 31 และลดรอบเอว ระดับน้ำตาล และการป่วยเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของในทวีปเอเชียมีการศึกษาในจีนโดยลี²³ ได้ศึกษาวิจัยแบบ Randomized clinical ใช้เวลา

6 ปี ในผู้ที่มีภาวะ Impaired glucose tolerance ใน 33 คลินิก จากเมือง Da Qing สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 577 คนกลุ่มที่ 1 กลุ่มควบคุม ได้รับการจัดบริการตามปกติกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 ได้รับโปรแกรมการรับประทานอาหาร หรือการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2 ได้รับโปรแกรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย รายละเอียดของโปรแกรม ได้แก่ โปรแกรมการรับประทานอาหาร มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มการรับประทานอาหาร ลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และน้ำตาล สำหรับผู้ที่น้ำหนักเกินหรืออ้วนจะสนับสนุนให้ลดน้ำหนักโดยการลดแคลอรี โปรแกรมการออกกำลังกายมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มกิจกรรมทางกายติดตาม 6 ปี พบว่า กลุ่มทดลองที่ 2 มีอัตราป่วยเบาหวานลดลงร้อยละ 51 ในช่วงที่มีมาตรการ (HRR = 0.49 ; 95% CI 0.33–0.73) และร้อยละ 43 หลังจาก 20 ปีต่อมา (0.57; 0.41–0.81) ; โดยรวมการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) ในทุกด้านทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยง การเกิดโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน²⁴

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการจัดกิจกรรมกลุ่มและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดร้อยเอ็ด ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดให้มีกิจกรรมการให้ความรู้และเพิ่มการรับรู้ผ่านสื่อหลากหลายวิธี เช่น การบรรยายประกอบสื่อ วีดิทัศน์ ภาพพลิกจากวิทยากรให้ผู้ป่วยเบาหวานกรณีศึกษาอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การรับรู้อาหารที่เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยการใช้ชุดโมเดลอาหารและเมนูตัวอย่างอาหาร การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคจากวิทยากร และการออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด โดยการฝึกปฏิบัติ และสาธิตการผ่อนคลายความเครียดแบบง่าย ๆ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงทราบถึงวิธีออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียดที่ถูกต้อง และสามารถทำได้จริง

นอกจากนั้นการวิจัยครั้งนี้ยังมีการกิจกรรมการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตาม กระตุ้นให้เกิดความต่อเนื่อง โดยใช้แบบเยี่ยมบ้านจากผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่กำกับดูแล (Directed controls) จำนวน 2 คน ติดตามว่ากลุ่มได้มีการนำความรู้จากกิจกรรมไปใช้ที่บ้านหรืออุปสรรคใดบ้างจะได้มีการช่วยเหลือ เสริมในสิ่งที่ขาด และกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้มาร่วมกระบวนการกลุ่ม เกิดการทบทวนความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ อุปสรรคที่พบเจอและวางแผนในการนำไปปฏิบัติต่อไปและประเมินผล และคืนข้อมูล ทั้งนี้การจัดกิจกรรมกลุ่ม (Self help group) เชื่อว่าเป็นกลุ่มที่เกิดจากแนวคิดพื้นฐานที่ว่า “เรารู้ดีที่สุด”(We know best) หรือ ไม่มีใครรู้ดีเท่าผู้ที่เคยมีประสบการณ์และมีการให้คำจำกัดความของกลุ่มนี้ว่า “เป็นกลุ่มของสมาชิก เพื่อสมาชิก และโดยสมาชิก” ซึ่งเป็นการรวมตัวของสมาชิกในกลุ่มที่มีการเผชิญปัญหาที่คล้ายกันมารวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรม ได้แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นประสบการณ์ เพื่อเอาชนะปัญหา ชะนะความพิการการเจ็บป่วย หรือภาวะวิกฤตที่เผชิญอยู่สมาชิกต่างให้ความช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน ดังนั้นกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จึงมีลักษณะเป็นเพื่อน เป็นมิตร จริจจึงต่อกัน เน้นการพูดคุยด้านภาษาที่เข้าใจกันในความรู้สึการทำงานของกลุ่มเกิดจากปฏิสัมพันธ์และความไว้วางใจ โดยทั่วไปกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน อาจเกิดจากการจัดตั้งโดยเริ่มเป็นสื่อกลางที่จะประสานงานจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนให้เกิดขึ้นในระยะเริ่มต้นจะประทับใจประกอบให้กลุ่มมีศักยภาพ หรืออาจจัดร่วมกับองค์กรนอกโรงพยาบาล ที่มาสนับสนุนด้านกำลังคน กำลังเงิน รวมทั้งความช่วยเหลือต่างๆในการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ให้กลุ่มมีความสามารถ มีทิศทางในการดำเนินงานโดยสมาชิกกลุ่มได้รับผิดชอบการดำเนินกิจกรรมเป็นส่วนใหญ่ หลังจากนั้นบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อกลุ่มชนิดนี้ก็คือ เป็นผู้ให้ความเห็นคำแนะนำจะคอยสนับสนุนอำนวยความสะดวกให้ความช่วยเหลืออยู่เบื้องหลัง และเป็นผู้ส่งต่อสมาชิกใหม่เข้าร่วมกลุ่ม²⁵ จึงส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอนมไพรที่ได้สนับสนุนและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการทำวิจัยจนสำเร็จด้วยดี ขอขอบคุณบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัวทุกคนที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases [Internet] ; 2010 [cited 2019 December 25]. Available from https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 (Clinical Practice Guideline for Diabetes 2017). กรุงเทพฯ : สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ; 2560.
- อรุณรัตน์ สู้หนองบัว, ไดอาน่า ศรีพรกิจจกร. ผลการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร 2560 ; 37 : 59-69.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัว. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ปีงบประมาณ พ.ศ.2562. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด, 2562.
- พรทิพย์ มาลาธรรม, ปิยนันท์ พรหมคง, ประคอง อินทรสมบัติ. ปัจจัยทำนายระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2553 ; 16 : 218-37.
- สุภาภรณ์ อนุรักษอุดม, ศากุล ช่างไม้, สมพันธ์ หิญาธิระนันท์, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2553 ; 16 : 155-68.
- Pender NJ. Health promotion in nursing practice. NY : Appleton Century Croft; 1982.
- Pender NJ. Health promotion in nursing practice. 3rd ed . Stamford: Appleton & Lange ; 1996.
- American Diabetes Association. Implications of the diabetes control and Complicationtrial. Diabetes Care 1997 ; 20 : S6-S13.
- กรมอนามัย. ผู้เป็นเบาหวานเลี้ยงอาหารน้ำตาลสูง เน้นคุมปริมาณข้าว-แป้ง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ; 2562.
- สมบัติ วัฒนะ, ตรชนิ สีนธวงศานนท์. ผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยวิถีพุทธ สำหรับผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไปต่อโรคเบาหวาน กรณีศึกษาตำบลธงชัยเหนือ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2562 ; 13 (30) : 76-91.
- สมศักดิ์ มากกลิ่นกุล, พนิดา รัชฎาภาส, นวละหงษ์ ณ เชียงใหม่. การพัฒนารูปแบบการป้องกัน โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงตำบลอุโมงค์ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขลำานา 2553 ; 6(2) : 175-81.
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, พิสมัย จารุขวลิต. สุขศึกษากับโรคเบาหวาน : การทบทวนองค์ความรู้สถานการณ์และรูปแบบการให้บริการสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย ; 2542. 1.World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases [Internet] ; 2010 [cited 2019 December 25]. Available from https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf.
- World Health Organization. Diabetes[Internet]; 2016 [cited 2019 December 25]. Available from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs138/en/>
- จิรศักดิ์ เจริญพันธ์, เฉลิมพล ต้นสกุล. พฤติกรรมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. มหาสารคาม : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ; 2549.

16. Polit, D. F., & Beck, C. T. Nursing research principle and methods (7th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins. 2004.
17. อรุณีย์ ศรีนวล. การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในอำเภอเขาวง จังหวัด กาฬสินธุ์, 2548.
18. ดวงเดือน หันทุยง, วรพล แวงนอก, วรากร เกรียงไกร ศักดา. ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มและแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองใน การป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยราชภัฏ พระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2559 ; 11(1) : 36-51.
19. วิไล แสนยาเจริญกุล, กิรดา ไกรนุวัตร และปิยะธิดา นาคะเกษียร. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนการบริโภค อาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูง ต่อโรคเบาหวาน. NURS SCI J THAIL 2562 ; 37(1) : 60-72.
20. นงลักษณ์ เทศนา, จมากรณ์ ใจภักดี, บุญทนการ พรหมภักดี, กนกพร พินิจลึก. การพัฒนารูปแบบการ ป้องกันการป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชาชน กลุ่มเสี่ยง. สำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 6 จังหวัด ขอนแก่น, 2558.
21. Moore SM, Hardie EA, Hackworth NJ, Critchley CR, Kyrios M, Buzwell SA, et al. Can the onset of type 2 diabetes be delayed by a group-based lifestyle intervention? A randomized control trial. Psychol Health 2011 ; 26(4) : 485-99.
22. Bo S, Ciccone G, Baldi C, Benini L, Dusio F, Forastiere G, et al. Effectiveness of a lifestyle intervention on metabolic syndrome. A randomized controlled trial. J Gen Intern Med 2007 ; 22 (12) : 1695-703.
23. Li G, Zhang P, Wang J, et al. The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da Qing Diabetes study : a 20 year follow-up study. Lancet 2008 ; 371 ; 1783-9.
24. สุรากรี หนูแบน,อารยา ปราณประวีตร, สาโรจน์ เพชรมณี. ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มและแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองใน การป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารบัณฑิตวิจัย 2559 ; 7(1) : 101-114.
25. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต. คู่มือการจัด กิจกรรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายคน พักทางจิตใจหรือพฤติกรรมสำหรับบุคลากร สาธารณสุข, 2557.

การพัฒนาและการประเมินผลคุณภาพการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

Development and Evaluation of Pain Management Quality in Accident and Emergency Room Mueang suang Hospital, Roi-Et

สะอาด กองทุ่งมน

Saad Kongtungmon

Corresponding author : Email : Pinksaad31@gmail.com

(Received : June 29, 2020 ; Revised : July 20, 2020 ; Accepted : July 30, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : การพัฒนาและการประเมินผลคุณภาพการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิง และพัฒนา (Research and development)

วัตถุประสงค์และวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 8 คน เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาล
เมืองสรวง และผู้ใช้บริการ จำนวน 153 คนที่มีตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก กลุ่มตัวอย่างได้เข้ารับการพัฒนาโดย
ใช้โปรแกรมพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์
เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน และ % difference

ผลการวิจัย : กระบวนการจัดการความปวดของบุคลากรในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยรวมเพิ่มร้อยละ 61.9
ส่งผลให้ผู้ใช้บริการมีความปวดของลดลงอยู่ในระดับมาก (44.4%) และมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดอยู่ใน
ระดับมาก (49.7%)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดส่งผลให้ส่งผลให้
ผู้ใช้บริการมีความปวดของลดลง และมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด

คำสำคัญ : การจัดการความปวด ; อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเมืองสรวง

ABSTRACT

Purposes : To development and evaluation of pain management quality in accident and emergency room in Mueang suang Hospital, Roi-Et.

Design : Research and development

Materials and method : Of 8 eligibles were personnel working in accident and emergency room at Mueang Suang Hospital and 153 were service users who meet the inclusion criteria and exclusion criteria. The samples were developed using the accident and emergency room pain management quality improvement program for 12 weeks. Data were collected using questionnaires and interviews. The data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation and % difference.

Main finding : The overall pain management process of accident and emergency room personnel increased by 61.9%, resulting in a significant reduction in pain relief (44.4%), and satisfaction with pain management (49.7%).

Conclusion and recommendations : This program intervention was effected in reduce of pain for participants and satisfaction with pain management.

Keywords : Pain management ; Accident and emergency

บทนำ

ความปวดเป็นอาการสำคัญอย่างหนึ่งที่พบได้บ่อยมากในทุก ๆ ส่วนของร่างกาย อาการนี้ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งปัจจุบันความปวดได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญองค์การอนามัยโลกได้ถือว่าความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 (5th Vital sign)¹ กล่าวได้ว่าความปวดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ใช้บริการมาใช้บริการรักษาที่หน่วยตรวจฉุกเฉิน² จากการสำรวจในประเทศอเมริกาพบว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีแผลอุบัติเหตุเข้ารับบริการในโรงพยาบาลร้อยละ 23.0 และจากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าร้อยละ 25.0 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุจากการชนล้มและสาเหตุจากบาดเจ็บอื่น ๆ³ ผู้ป่วยอุบัติเหตุเหล่านี้มักมีแผลอุบัติเหตุที่มีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายร่วมด้วยเสมอ โดยเฉพาะบริเวณผิวหนังที่เห็นได้ชัดจากภายนอกและเกิดการบาดเจ็บของอวัยวะภายในก่อให้เกิดความปวดร่วมด้วยเสมอ ทั้งนี้ความรุนแรงของความปวดจะขึ้นอยู่กับขนาดของบาดแผลและตำแหน่งอวัยวะที่ได้รับการบาดเจ็บ ซึ่งความปวดที่มีลักษณะเฉียบพลันเกิดขึ้นทันทีภายหลังการบาดเจ็บกรณีปวดจาก

แผลอุบัติเหตุความปวดมักมีความรุนแรง⁴ และจะรุนแรงมากขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยทำการล้างบาดแผล

จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ใช้บริการที่มีความปวดมีความคาดหวังที่จะได้รับการบรรเทาความปวดถึงร้อยละ 72.0 อีกทั้งคาดหวังว่าความปวดจะต้องหายไปโดยสิ้นเชิงถึงร้อยละ 18.0⁵ ความปวดที่เกิดขึ้นมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายจิตใจอารมณ์และพฤติกรรม ดังนั้น ผู้ใช้บริการจึงควรได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพซึ่งจะต้องอาศัยความร่วมมือขององค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำหนดนโยบายสนับสนุนการจัดการความปวดการเตรียมบุคลากรสุขภาพให้มีความรู้และมีพฤติกรรมจัดการความปวดที่เหมาะสม ได้แก่ การประเมินความปวด การจัดการความปวดโดยการให้ยาและไม่ให้ยา การประเมินความปวดซ้ำ และการบันทึกทางการแพทย์เกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดรวมทั้งมีการเตรียมวัสดุอุปกรณ์พร้อมใช้เพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ

แผลอุบัติเหตุ (Traumatic wound) เกือบทั้งหมดเป็นแผลที่ไม่สะอาดและมีการปนเปื้อน (Contaminated wound) จำเป็นต้องได้รับการทำความสะอาดแผล และลด

อัตราการอักเสบและติดเชื้อบริเวณแผล การชะล้างทำความสะอาดแผล แม้จะเป็นการรักษาแต่ก็เป็นสาเหตุร่วมที่ทำให้ความปวดรุนแรงมากขึ้นทำให้ผู้ป่วย ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากความปวด ผลที่ตามมา คือ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการล้างแผล ทำให้แผล ไม่สะอาดเกิดการอักเสบติดเชื้อของแผลส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย ดังนั้น เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุนอกเหนือจากการรักษาอวัยวะและรักษาชีวิตก็คือการดูแล เพื่อบรรเทาความปวดและป้องกันไม่ให้ความปวดรุนแรง จนส่งผลกระทบต่อไม่พึงประสงค์ดังกล่าวแล้วข้างต้น โดย ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินและจัดการความปวดที่ดี หน่วยงานจึงควรกำหนดให้ความปวดเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินและบันทึกเป็นสัญญาณชีพที่ห้า⁶ ทั้งนี้ควรครอบคลุมถึงความปวดจากผลอุบัติเหตุด้วย

กล่าวได้ว่าการจัดการความปวดในหน่วยตรวจฉุกเฉินส่วนใหญ่ยังไม่มีประสิทธิภาพ โดยพบความล่าช้าในการจัดการความปวดให้กับผู้ใช้บริการ⁷ พยาบาลร้อยละ 90.0 มีการประเมินระดับความปวดได้ต่ำกว่าการรายงานจริงของผู้ใช้บริการ⁸ เช่นเดียวกับการศึกษาในหน่วยตรวจฉุกเฉินของประเทศไทย พบว่า ผู้ใช้บริการได้รับการประเมินความปวดก่อนและหลังการให้กิจกรรมเพื่อบรรเทาความปวดเพียงร้อยละ 34.80 และ 16.00 ตามลำดับ⁹ นอกจากนี้จากการศึกษาในหน่วยตรวจฉุกเฉินบางแห่งในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าไม่มีการบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินความปวดการจัดการความปวดและการประเมินความปวดซ้ำ¹⁰ รวมทั้งผู้ใช้บริการที่หน่วยตรวจฉุกเฉินเพียงร้อยละ 30.0 มีความพึงพอใจในภาพรวมของการจัดการความปวด¹¹ ส่งผลให้การดำเนินของโรคก้าวหน้าเร็วขึ้น รวมทั้งอาจเกิดความไม่พึงพอใจในบริการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการของหน่วยงานและชื่อเสียงของโรงพยาบาลได้คณะกรรมการรับรองมาตรฐานขององค์กรด้านการดูแลสุขภาพ ได้กำหนดให้การประเมินและการจัดการความปวดเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในระบบการประกันคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย ได้กำหนดให้การจัดการความปวดตามมาตรฐานเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพการให้บริการสุขภาพที่ทุกสถานบริการต้องจัด

ให้กับผู้ใช้บริการทุกรายตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางสุขภาพและหน่วยงานต้องให้ความสำคัญกับการจัดการความปวดและมีการประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความปวด

การจัดการความปวดเป็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการรายงานของผู้ใช้บริการว่าเป็นผลจากการจัดการความปวดใช้ประเมินประสิทธิภาพของการจัดการความปวดสำหรับการศึกษาในหน่วยตรวจฉุกเฉิน ที่มีความเร่งรีบ และผู้ให้บริการมีภาวะฉุกเฉิน ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ตัววัดผลลัพธ์การจัดการความปวดของสมาคมความปวดแห่งประเทศไทย สหรัฐอเมริกาได้แก่ความปวดที่บรรเทาลงและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการจัดการความปวดของ Gordon et al.¹² ซึ่งการจัดการความปวดในหน่วยตรวจฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพเป็นหน้าที่ของบุคลากรทุกคนในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิชาชีพพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่มีจำนวนมากที่สุด มีความใกล้ชิดกับผู้ใช้บริการมากที่สุด จึงจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพพยาบาลทั้งทางด้านความรู้ทัศนคติและทักษะด้านการจัดการความปวด¹³ ร่วมกับปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ตลอดจนนโยบายในหน่วยตรวจฉุกเฉิน เพื่อส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานด่านแรกของโรงพยาบาลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินและคุกคามชีวิตจากรายงานผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินประเทศออสเตรเลียพบร้อยละ 78-86 ของผู้ป่วยทั้งหมดมักเผชิญกับความปวด¹⁴ ส่วนในประเทศไทยช่วงทศวรรษที่ผ่านมาพบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุส่วนใหญ่มีแผลที่เกิดจากการฉีกขาดของเนื้อเยื่อและมีความปวดร่วมด้วยเช่นเดียวกับการรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยอุบัติเหตุของงานอุบัติเหตุโรงพยาบาลเมืองสงวนตั้งแต่ปี พ.ศ.2559-2563 พบว่า ผู้รับบริการอุบัติเหตุที่เกิดจากสาเหตุเกิดจากรถจักรยานยนต์ รถที่ใช้เท้าถีบ รถกระบะปิกอัพ และรถเก๋ง จำนวน 390 ราย 390 ราย 245 ราย 347 ราย และ

262 ราย ตามลำดับ เมื่อนับเป็นจำนวนครั้งพบว่า 458 ครั้ง 242 ครั้ง 446 ครั้ง 394 ครั้ง และ 273 ครั้งตามลำดับ¹⁵ การบาดเจ็บเกิดจากแรงกระทำภายนอกร่างกายต่อเนื้อเยื่อ บริเวณที่ถูกกระทำ อุบัติเหตุจราจรทางบกจะส่งผลกระทบต่ออวัยวะสำคัญ เช่น สมองไขสันหลังและทรวงอก แรงที่กระทำต่อเนื้อเยื่อจะแปลงเป็นสัญญาณความปวดส่งผ่านทางระบบประสาทส่วนปลายเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งเป็นความปวดเฉียบพลันรุนแรง ความรุนแรงของความปวดสัมพันธ์กับตำแหน่ง ชนิด และระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ได้รับ อีกทั้งระดับคะแนนความรุนแรงการบาดเจ็บ (Injury severity score [ISS]) ที่มากกว่า 14 คะแนน จะสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางการพยาบาลและคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป หากความปวดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสมอาจส่งผลกระทบต่อ อัตราการตาย ความพิการ ระยะเวลาการรักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล เสียโอกาสและหน้าที่การงานในอนาคต รวมถึงความทุกข์ทรมานจากความปวด¹⁶

แนวคิดพรืดโปรซีด (PRECEDE - PROCEED model) ของ Green & Kreuter¹⁷ เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย คือ พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัย ภายใน และภายนอกบุคคล ดังนั้น การดำเนินงาน เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินการหลายด้านประกอบกัน โดยจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมนั้นก่อน จึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาระดับบุคคล เพื่อค้นหาปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเพื่อลดความเจ็บป่วยเท่านั้น ซึ่งมีพื้นฐานแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple factors) โดยในขั้นตอนที่ 4 อธิบายถึงองค์ประกอบของ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่าเกิดจากปัจจัยที่ส่งผล กระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายใน และภายนอกตัวบุคคล แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) และปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ทั้งสามปัจจัยจะมีความแตกต่างกันในการส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ทั้งสามปัจจัยจำเป็นต้องใช้

ร่วมกันเพื่อก่อให้เกิดการสร้าง แรงจูงใจ การสนับสนุนให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้นการวางแผนเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลต้องคำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยทั้งสามส่วนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการนำมาจัดกระทำร่วมกันเพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ ซึ่งแนวคิดนี้สามารถพัฒนาศักยภาพและพฤติกรรมของบุคคลได้ โดยมีหลักการที่สำคัญคือ เน้นการแก้ไขปัญหาจากฐานความเข้าใจในสถานการณ์จริงการจัดการปัจจัยทั้งปัจจัยด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกขั้นตอน จึงทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดำรงอยู่อย่างยั่งยืน ในทำนองเดียวกับการศึกษาซึ่งพบว่า มีผู้นำแนวคิดพรืด โปรซีดมาใช้วางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ เช่น โครงการป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นกับเด็ก พบว่า แนวคิดนี้ก่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ปกครอง อาจารย์ และผู้บริหารในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อเด็ก¹⁸

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบ และการส่งเสริมศักยภาพการจัดการความปวดของบุคลากรในหน่วยตรวจฉุกเฉินให้มีการพัฒนา คุณภาพการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้กรอบแนวคิดพรืดโปรซีด ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรในหน่วยตรวจฉุกเฉินทั้ง 8 ขั้นตอน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ และผลักดันให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการจัดการความปวดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การพัฒนาและการประเมินผลคุณภาพการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมประเมินผลคุณภาพการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการ

ความปวดที่พัฒนาจากการศึกษาพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม บริบท ปัจจัยตลอดจนนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการ ความปวดในสถานการณ์จริง สนับสนุนการมีส่วนร่วม ของพยาบาล 8 ขั้นตอน ตามกรอบแนวคิดพรืด โปรซีด ของ Green & Kreuter¹⁷ ได้แก่ ขั้นตอน ที่ 1 การประเมิน วินิจฉัยด้านสังคม ขั้นตอน ที่ 2 การประเมินวินิจัยด้าน ระบาดวิทยา พฤติกรรมและสิ่ง แวดล้อม ขั้นตอน ที่ 3 การประเมินวินิจัยด้านการศึกษาและนิเวศวิทยา ขั้นตอน ที่ 4 การประเมินวินิจัยด้านการ บริหารและ นโยบายและการวางแผนทางการจัดกิจกรรม ขั้นตอน ที่ 5 การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ ขั้นตอน ที่ 6 การประเมินผลกระทบ การ ขั้นตอน ที่ 7 ประเมินผล กระทบ และขั้นตอนที่ 8 การประเมินผลลัพธ์ ซึ่งจะ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการจัดการความปวดที่ มีประสิทธิภาพและดำรงอยู่ได้อย่างยั่งยืน ผลักดันให้เกิด ผลลัพธ์ที่ดีในการจัดการความปวด ได้แก่ ความปวดที่ บรรเทาและ ความพึงพอใจของผู้ใช้ บริการที่ห้องอุบัติเหตุ และฉุกเฉินต่อการจัดการความปวด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development study) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาล วิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเมืองสรวง จำนวน 8 คน และผู้ใช้บริการที่ห้อง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเมืองสรวง โดยเลือกกลุ่ม ตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก คือ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีความปวด รู้สึกตัวดีและยินยอมเข้า ร่วมการวิจัย จำนวน 153 คน ระยะเวลาการศึกษาระหว่าง เดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ประเภท คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้บันทึกข้อมูลของพยาบาล ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ได้ค่า ดัชนี ความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 (2) แบบสอบถาม ความรู้ และ ทศนคติเกี่ยวกับความปวดของพยาบาล ซึ่งพัฒนาโดย เฟอร์เรล และแมคแคมเฟอร์รี่ ที่แปลโดยใช้ เทคนิคการแปล

ย้อนกลับ ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์สห สัมพันธ์เพียร์สัน เท่ากับ 0.89 (3) แบบบันทึกข้อมูล พฤติกรรมการจัดการความปวดของพยาบาลด้านปฏิบัติการ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ค่าดัชนีความ ตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.80 2) เครื่องมือที่เื้อออำนวยความสะดวก ในการจัดการความปวดที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งผู้วิจัย สร้างขึ้นจากตำราและหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งได้รับการ ตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน จากนั้นนำข้อ เสนอแนะมาปรับปรุงก่อนนำ ไปใช้จริง ประเภทที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ของผู้ใช้บริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ (1) แบบ บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ใช้ บริการ (2) แบบสัมภาษณ์ความปวดที่บรรเทาของ ผู้ใช้ บริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่แปลโดยใช้เทคนิคการ แปลย้อนกลับ และ (3) แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของ ผู้ใช้บริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อการจัดการความ ปวด ซึ่งพัฒนาโดยสมาคม ความปวดแห่งประเทศไทย สหรัฐอเมริกา ที่แปลโดยใช้เทคนิค การแปลย้อนกลับ และ (4)คำถามปลายเปิดให้เสนอข้อแนะ ซึ่ง ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรง คุณวุฒิจำนวน 5 คน จากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง ก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย หลังจากได้รับ การอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดแล้ว ผู้วิจัยได้อธิบาย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูล การ เก็บข้อมูลเป็นความลับ การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไป โดยยินดี และความสมัครใจของบุคลากรห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินและ ผู้ใช้บริการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างยินยอมและสมัครใจเข้าร่วม การวิจัย แล้วผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้า ร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล ด้วยตัวเอง ตามกรอบแนวคิดพรืดโปรซีดทั้ง 8 ขั้นตอน ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดคือ ขั้นตอน ที่ 1 ผู้ วิจัยเข้าพบ กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้บริการที่ห้องอุบัติเหตุและ ฉุกเฉินก่อนการใช้ โปรแกรม เพื่อรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ความปวดที่ บรรเทา และ ความพึงพอใจต่อการจัดการ

ความปวด ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้านพฤติกรรม การจัดการความปวดของพยาบาลด้านปฏิบัติการ ทั้ง 5 พฤติกรรม โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากบันทึก ทาง การพยาบาลในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และร่วม กันวิเคราะห์ ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมในการจัดการความ ปวดในหน่วยตรวจ ฉกฉวย ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยรวบรวม ข้อมูลจากพยาบาลด้าน ปฏิบัติการทั้ง 3 ปัจจัย ดังต่อไปนี้ (1) ปัจจัยชักนำ คือแจก แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความรู้และ ทักษะเกี่ยวกับความปวด (2) ปัจจัยเสริมแรง คือ สอบถาม เกี่ยวกับการสร้างแรงจูงใจ การสนับสนุนเกี่ยวกับการจัดการ ความปวดใน หน่วยงาน และ (3) ปัจจัยเอื้ออำนวย คือ สอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้ออำนวยต่อการจัดการความปวด ในหน่วยงาน ขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลด้านบริหาร วิเคราะห์นโยบายการจัดการความปวดในหน่วยงาน จาก นั้น จัดการประชุมใหญ่ของพยาบาลครั้งที่1โดยผู้วิจัยนำเสนอ ข้อมูลตั้งแต่ขั้นตอนที่1ถึง4จากนั้นเปิดโอกาสให้ พยาบาลร่วม กันวินิจฉัยปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกัน ซึ่งข้อสรุปมี มติจัดตั้งคณะกรรมการโครงการ “การจัดการความปวดใน ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน” เพื่อร่วมกัน พัฒนาโปรแกรม ขั้น ตอนที่ 5 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ระยะเวลา 6 สัปดาห์โดยมีกิจกรรม ดังต่อไปนี้(1)การให้ความรู้แก่บุคลากร ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้านปฏิบัติการในรูปแบบ Adult learning เรื่อง “ความปวดและการจัดการความปวดในห้อง ฉกฉวย” (1 ครั้ง สัปดาห์ที่ 1) (2) จัดเตรียมอุปกรณ์และสื่อ ที่เอื้ออำนวยในการจัดการความปวดในห้องฉุกเฉิน (สัปดาห์ ที่ 1-2) (3) จัดให้มีการนำเสนอและอภิปรายประจำสัปดาห์ ในประเด็นเกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยใช้วารสารเป็น สื่อ (จำนวน 5 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2-6) (4) จัดการแข่งขันตอบ คำถาม เกี่ยวกับการจัดการความปวดชิงรางวัล (จำนวน 5 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2-6) (5)คณะกรรมการโครงการฯ ฝึกทักษะ พฤติกรรมการจัดการความปวดที่เหมาะสมทั้ง 5 พฤติกรรม ให้กับบุคลากรห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้านปฏิบัติการทุกคน (สัปดาห์ที่ 3-4) (6) จัดกิจกรรมสร้างแรงจูงใจในการแสดง พฤติกรรมการจัดการความปวดที่เหมาะสม ได้แก่ คัดเลือก พยาบาลที่มีพฤติกรรมการจัดการความปวดดีเด่น และคัด เลือกพยาบาลที่มีการบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับความ

ปวดดีเด่น (สัปดาห์ที่ 5-6) (7) มีการเฝ้าติดตามการจัดการ ความปวดโดยคณะกรรมการฯ โดยมีการให้ข้อมูลย้อนกลับ แก่บุคลากรห้องฉุกเฉินด้านปฏิบัติการเป็นรายบุคคลและนำ เสนอในภาพรวม (สัปดาห์ที่ 5-6) ขั้นตอนที่ 6 ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของ 3 กลุ่มปัจจัยที่ เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยชักนำ ปัจจัยเสริมแรงและปัจจัยเอื้อ อำนวย ขั้นตอนที่ 7 ผู้วิจัยรวบรวม ข้อมูลการเปลี่ยนแปลง ด้านพฤติกรรมการจัดการความปวดของบุคลากรห้องฉุกเฉิน ด้านปฏิบัติการทั้ง 5 พฤติกรรม ร่วมกับ วิเคราะห์ข้อมูลด้าน สิ่งแวดล้อมในการจัดการความปวด ในห้องอุบัติเหตุและ ฉกฉวย และขั้นตอนที่ 8 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่ม ตัวอย่างผู้ใช้บริการ ที่หน่วยห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลังการใช้ โปรแกรม รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลความปวดที่บรรเทาลง และความ พึงพอใจต่อการจัดการความปวด จากนั้นจัดการประชุมใหญ่ ของบุคลากรห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ครั้งที่ 2 โดยผู้วิจัยนำ เสนอข้อมูลที่ไดจากการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ขั้นตอนที่ 6 ถึง 8 ต่อบุคลากรห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้านบริหารและปฏิบัติ การเพื่อร่วมกันประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์จำนวนของผู้ใช้ บริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีความปวดบรรเทาลง ตั้งแต่ระดับปานกลาง ขึ้นไป และจำนวนของผู้ใช้บริการที่ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่มีความพึงพอใจต่อการจัดการ ความปวดตั้งแต่ระดับพึงพอใจขึ้นไป เปรียบเทียบข้อมูล ผลลัพธ์การศึกษา ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม และ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยง เบนมาตรฐาน และ % difference

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากรของบุคลากรห้องอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ส่วนใหญ่เป็นหญิง จำนวน 8 คน (100.0%) อายุเฉลี่ย 38.37 ปี สถานภาพสมรสคู่ (62.5%) จบการ ศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 6 คน (75.0%) ปฏิบัติงาน ในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมาแล้วเฉลี่ย 9.50 ปี และไม่เคย มีประสบการณ์การฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับความปวดหรือ การจัดการกับความปวด จำนวน 8 คน (100.0%) ดังแสดง ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละลักษณะทางประชากรของบุคลากรห้องฉุกเฉิน

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	หญิง	8(100.0)
อายุ	Mean(SD) = 38.37 ปี, Min= 22 ปี, Max= 55 ปี	
สถานภาพสมรส	โสด	3(37.5)
	คู่	5(62.5)
ระดับการศึกษา	อนุปริญญา	2(25.0)
	ปริญญาตรี	6(75.0)
ระยะเวลาการปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน		
Mean(SD) = 9.5 ปี, Min= 1 ปี, Max= 15 ปี		
ประสบการณ์การฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับความปวดหรือการจัดการกับความปวด		
ไม่เคย		8(100.0)

2. คุณภาพการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บโดยรวมเพิ่มร้อยละ 61.9 โดยที่ก่อนการพัฒนามีผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับน้อย (75.0%) แต่หลังการพัฒนาพบว่า ผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับมากที่สุด (75.0%) ดังแสดงในตารางที่ 2-4

ตารางที่ 2 ร้อยละความแตกต่างของผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บโดยรวม

ผลลัพธ์การจัดการความปวด	ร้อยละ
ก่อนการพัฒนา	48.0
หลังการพัฒนา	91.0
% ความแตกต่าง (% Differences)	61.87

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ก่อนการพัฒนา

คุณภาพการจัดการความปวด	ก่อนการพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.การประเมินความปวดในมิติต่างๆ	0(0.0)	0(0.0)	3(37.5)	3(37.5)	2(25.0)
2.การค้นหาและรักษาสาเหตุร่วมที่ทำให้ปวดแผล	0(0.0)	1(12.5)	3(37.5)	3(37.5)	1(12.5)
3.การให้ผู้ให้บริการมีส่วนร่วมและตัดสินใจ					

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนและร้อยละการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บในท้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ก่อนการพัฒนา

คุณภาพการจัดการความปวด	ก่อนการพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ในการจัดการความปวดขณะทำแผล	0(0.0)	0(0.0)	4(50.0)	2(25.0)	2(25.0)
4.การจัดการความปวดขณะทำแผลโดยวิธีใช้ยา และวิธีที่ไม่ใช้ยาอย่างเหมาะสม	0(0.0)	0(0.0)	2(25.0)	6(75.0)	0(0.0)
5.การติดตามและประเมินผลลัพธ์ของการจัดการ ความปวดขณะทำแผลอย่างต่อเนื่อง	0(0.0)	0(0.0)	2(25.0)	4(50.0)	2(25.0)
เฉลี่ยโดยรวม	0(0.0)	0(0.0)	2(25.0)	6(75.0)	0(0.0)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บในท้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ก่อนการพัฒนา

คุณภาพการจัดการความปวด	หลังการพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.การประเมินความปวดในมิติต่างๆ	6(75.0)	4(25.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
2.การค้นหาและรักษาสาเหตุร่วมที่ทำให้ปวดแผล	6(75.0)	4(25.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
3.การให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมและตัดสินใจ ในการจัดการความปวดขณะทำแผล	5(62.5)	2(25.0)	1(12.5)	0(0.0)	0(0.0)
4.การจัดการความปวดขณะทำแผลโดยวิธีใช้ยา และวิธีที่ไม่ใช้ยาอย่างเหมาะสม	6(75.0)	2(25.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
5.การติดตามและประเมินผลลัพธ์ของการจัดการ ความปวดขณะทำแผลอย่างต่อเนื่อง	6(75.0)	2(25.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
เฉลี่ยโดยรวม	5(75.0)	2(25.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)

3. การจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บในท้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้บาดเจ็บในท้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั้งหมด 153 คน ส่วนใหญ่เป็นชาย (78.4%) อายุเฉลี่ย 29 ปี เป็นผู้รับอุบัติเหตุ (96.7%) ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์เป็น

แผลประเภท Open wound (41.2%) ผลลัพธ์การจัดการความปวดลดลงมาก(44.4%) และมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดอยู่ในระดับมาก(49.7%)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บในหัตถ์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ก่อนและหลังการพัฒนา

	ลักษณะทางประชากร	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	ชาย	120(78.4)
	หญิง	33(21.6)
อายุ	Mean(SD) = 29.24 ปี, Min = 10.0 ปี, Max = 75.0 ปี	
ประเภทของผู้บาดเจ็บ	อุบัติเหตุ	148(96.7)
	ไม่ใช่อุบัติเหตุ	5(3.3)
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ (Diagnosis)	Abrasion	57(36.6)
	Open wound	63(41.2)
	Contusion	8(5.2)
	Lacerated wound	2(1.3)
	Fracture	18(11.8)
	Secular of unspecified	5(3.3)
ผลลัพธ์การจัดการความปวด	ความปวดลดลงทั้งหมด	45(29.4)
	ความปวดลดลงมาก	68(44.4)
	ความปวดลดลงปานกลาง	26(17.0)
	ความปวดลดลงเล็กน้อย	14(9.2)
ความพึงพอใจของผู้บาดเจ็บต่อการจัดการความปวด		
	พึงพอใจอย่างมาก	76(49.7)
	พึงพอใจปานกลาง	45(29.4)
	พึงพอใจเล็กน้อย	23(15.0)
	ไม่พึงพอใจเล็กน้อย	9(5.9)

วิจารณ์

หลังการพัฒนาของบุคลากรในหัตถ์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยใช้โปรแกรมพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บในหัตถ์อุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเมืองสรวง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่งให้บุคลากรในหัตถ์อุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเมืองสรวงมีทักษะกระบวนการจัดการความปวดโดยรวมเพิ่มจากก่อนการพัฒนาถึงร้อยละ 61.9 เช่นเดียวกับการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ

และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคิดการจัดการความปวดของพิชแมน และคณะ¹⁹ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 165 คน พบว่า สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บโดยรวมอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สมรรถนะด้านการติดตามความปวดผู้บาดเจ็บต่อเนื่อง สมรรถนะด้านการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ และสมรรถนะด้านการประเมินความปวดผู้บาดเจ็บอยู่ในระดับสูง ตามลำดับ ส่วนสมรรถนะค้นหา

รู้พื้นฐานความปวดอยู่ในระดับปานกลาง²⁰ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าความรู้พื้นฐานความปวดเป็นสิ่งสำคัญและเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากในทุกกระบวนการพยาบาลในการดูแลความปวด ผู้บาดเจ็บ เริ่มตั้งแต่การประเมินความปวด การจัดการความปวดทั้งแบบวิธีการใช้ยา และไม่ใช้ยาบรรเทาปวด และการติดตามผลลัพธ์ความปวด ล้วนจำเป็นต้องอาศัยพื้นฐานความรู้และความเชี่ยวชาญค้นความปวดอย่างเพียงพอ มิฉะนั้นอาจเป็นกระทบต่อคุณภาพการดูแลจัดการความปวดผู้ป่วยได้²¹

การพัฒนาบุคลากรห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยใช้โปรแกรมพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดแล้ว ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความปวดของลดลงอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการปฏิบัติของพยาบาลดังกล่าวข้างต้น อาจเป็นเพราะว่าการใช้โปรแกรมฯ เป็นระยะเวลานานกว่า 9 สัปดาห์ ตามรูปแบบของ CLEVER Model⁹ ที่มีการให้ความรู้แก่พยาบาลผู้นำใช้แนวปฏิบัติฯ ทุกราย การเสริมแรง และให้ข้อมูลย้อนกลับทำให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ และรับรู้ถึงความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความมั่นใจและระดับความรู้เกี่ยวกับหลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลคือหัวใจสำคัญในการนำใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติพยาบาลในคลินิก²² อีกทั้งแนวปฏิบัติฯ ดังกล่าวยังมีความพอดีและเหมาะสมกับวัฒนธรรมของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก โดยไม่มีการปรับแก้ไขข้อปฏิบัติสาระสำคัญหลักใด ๆ และพยาบาลมีส่วนร่วมในการทำความเข้าใจปัญหาที่เกี่ยวกับการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุ เปิดโอกาสให้พยาบาลทุกคนได้พิจารณาเนื้อหาของแนวปฏิบัติฯ มีการสร้างเป้าหมายร่วมกัน ทำให้พยาบาลเห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ไม่ยึดติดกับการปฏิบัติในรูปแบบเดิมและให้ความร่วมมือในการนำใช้แนวปฏิบัติฯ อย่างจริงจังการเปลี่ยนแปลงในการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุจึงเกิดง่ายขึ้น²³ นอกจากนี้ผู้นำที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้ง Change sponsor และ Change champion ล้วนผลักดันให้การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุในหน่วยงานเป็นไปอย่าง

ราบรื่น ซึ่งว่าผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ดีควรเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นสามารถสนับสนุนเพิ่มโอกาสในการประสบความสำเร็จและลดแรงต้านในกระบวนการเปลี่ยนแปลงได้²⁴⁻²⁵

ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดอยู่ในระดับมาก ในทำนองเดียวกับการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุของโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงรายที่ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่มีแผลอุบัติเหตุ จำนวน 80 ราย คัดเลือกตามเกณฑ์และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบ่งเป็นกลุ่มละ 40 ราย กลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาก่อนนำใช้แนวปฏิบัติฯ และกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระหว่างสัปดาห์ที่ 9 หลังนำใช้แนวปฏิบัติฯ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุ แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกและแบบประเมินประสิทธิภาพการนำใช้แนวปฏิบัติฯ เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน และนำเครื่องมือชุดที่ 3 หาความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p = .001$) และระยะเวลารอคอยการได้รับยาแก้ปวดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p = .006$) แสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ณ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถนำไปใช้ในโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงมีข้อเสนอแนะให้มีการนำใช้แนวปฏิบัติฯ ดังกล่าวในโรงพยาบาลระดับอื่น โดยปรับเปลี่ยนข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติฯ ให้มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรมและบริบทของหน่วยงาน²⁵ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความปวดของพยาบาลที่เป็นไปตามทักษะที่ได้จากโปรแกรมฯ เช่น การประเมินความปวดในมิติต่าง ๆ การค้นหาและรักษาสาเหตุร่วมที่ทำให้ปวดแผล การให้ผู้ให้บริการมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการจัดการความปวดขณะทำแผล การจัดการความปวดขณะทำแผลโดยวิธีใช้ยา และวิธีที่ไม่ใช้ยาอย่างเหมาะสม และการติดตามและประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความปวดขณะทำแผลอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนั้นบุคลากรห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังให้ความสนใจ-เอาใจใส่เมื่อผู้ป่วยบอกว่าปวด ทำความสะอาดแผลด้วยความนิ่มนวล บอกกล่าวเป็นระยะว่าจะได้รับการรักษาต่อไปอย่างไร และมีการติดตามผลการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น ผู้ป่วยจึงรับรู้ได้ถึงการใช้ยาได้อย่างสม่ำเสมอเกิดความรู้สึกประทับใจ เป็นผลให้ผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจที่เพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าพบว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีคะแนนความพึงพอใจด้านการดูแลจิตใจอยู่ในระดับมาก โดยผู้ป่วยรับรู้ได้จากความใส่ใจของเจ้าหน้าที่²⁶

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้มีองค์ประกอบและรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมคุณภาพการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บใน ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินภายในโรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งมีการกำหนดคุณสมบัติการคัดเข้ากลุ่มผู้ป่วย คือ เป็นผู้ป่วยที่มีบาดแผลจากอุบัติเหตุและมีระดับการรู้สติทำให้อาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในการจัดการความปวดจากบาดแผลชนิดเรื้อรังหรือบาดแผลอื่น ๆ

2. ด้านเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและวิธีการเก็บข้อมูล แม้ว่าเครื่องมือที่เป็นแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้มีความเที่ยงและความตรงที่ดี แต่เนื่องจากแบบสอบถามมีจำนวนข้อคำถามมากจึงอาจส่งผลให้ผู้ให้บริการเกิดความเหนื่อยล้าในการตอบโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ให้บริการต้องตอบแบบสอบถามหลังจากสิ้นสุดการรักษา ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าวผู้ให้บริการอาจมีความเครียดต่ออุบัติเหตุที่เพิ่งเกิดขึ้น ร่วมกับสภาพแวดล้อมภายในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีเสียงดัง จึงอาจทำให้บริบทสมาธิและมีผลต่อการตอบแบบสอบถามได้

นอกจากนี้การที่พยาบาลตอบแบบสอบถามในลักษณะการรายงานด้วยตนเอง (Self-report) อาจมีผลต่อความตรงภายนอก (External validity) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจตอบแบบสอบถามเพื่อให้ตรงกับสิ่งที่สังคมส่วนใหญ่คาดหวัง (Social desirability) ทำให้ผลลัพธ์ที่ได้อาจไม่ตรงตามความเป็นจริงที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะ จากผลการศึกษาผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติ จากผลการศึกษาที่พบว่า คุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง เล็กน้อย และไม่พึงพอใจ คิดเป็นร้อยละ 50.3 ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ ด้วยการส่งเสริมความรู้ให้แก่บุคลากรห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เช่น การสนับสนุนด้านการจัดการอบรมวิชาการในระยะสั้น และการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการจัดการความปวดและการดูแลแผลอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการวิจัย มีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยดังนี้

2.1 ควรเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างและทำการศึกษาในพื้นที่อื่นๆ เพื่อที่จะนำผลการศึกษามาอ้างอิงเป็นข้อมูลพื้นฐานในพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ใช้บริการที่มีอุบัติเหตุได้

2.2 ควรมีการพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุให้มีความสั้นกระชับ เพื่อลดความเหนื่อยล้าในการตอบแบบสอบถาม

2.3 ควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกตร่วมกับการใช้แบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงตามข้อเท็จจริงจากกลุ่มตัวอย่าง

2.4 ควรจัดสถานที่สำหรับตอบแบบสอบถามของผู้ใช้บริการให้มีความเป็นสัดส่วนเงียบสงบ เพื่อลดสิ่งรบกวนในการตอบคำถาม

3. ด้านการบริหาร ควรมีนโยบายการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ การสนับสนุนให้มีการใช้เครื่องมือประเมินความปวดและการนำเรื่องความปวดเป็นสัญญาณชีพที่หาในการปฏิบัติงาน การพัฒนาแบบบันทึกความปวดอย่างเป็นระบบ และการวิเคราะห์อัตราค่าส่งบุคลากรเพื่อการพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยอุบัติเหตุ ญาติผู้ป่วย แพทย์ และพยาบาลที่ให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองสรวงที่สนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะ

เอกสารอ้างอิง

1. Warfield C.A, Fausett HJ, eds. Manual of Pain Management. 2^{ed}. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins ; 2002. p.407
2. Hogan, Susan Leininger. Patient satisfaction with pain management in the emergency department. Advanced Emergency Nursing Journal 2005 ; 27(4) : 284-94.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.การสำรวจอนามัยสวัสดิการและพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ : 2552.
4. Stotts, N. A.,Puntillo,K., Morris, A.B.,Stanik-Hutt, J.,Thompson, C.L., White, C.,et al.(2004). Wound care pain in hospitalized adult patients. Heart & Lung 2004 ; 33 : 321-32.
5. Fosnocht, D. E., Heaps, N. D., & Swanson, E. R. (2004). Patient expectations for pain relief in the ED. The American Journal of Emergency Medicine 2004 ; 22(4) : 286-88.
6. Lynch, M. Pain as the fifth vital sign. Journal of Intravenous Nursing 2001 ; 24 : 85-94.
7. Rupp,T., & Delaney,K. A. Inadequateanalgesia in emergency medicine. Annals of Emergency medicine 2004 ; 43 : 494-503.
8. Duignan, M., & Dunn, V. Congruence of pain assessment between nurses and emergency department patients : A replication. International emergency nursing 2008 ; 16: 23-8.
9. Hennessee, P. L. (2012). Knowledge and Attitudes of Nurses toward Pain Management [Internet]. Boiling Springs, North Carolina : Gardner – Webb University ; 2012 [cited 2019 April 20]. Available from : https://digitalcommons.gardner-webb.edu/nursing_etd/122/
10. Hogan, S. L. Patient satisfaction with pain management in the emergency department. Topics in emergency medicine 2005 ; 27(4) : 284-94.
11. Guru, V., & Dubinsky, I. (2000). The patient VS caregiver perception of acute pain in the emergency department. The journal of emergency medicine 2000 ; 18(1) : 7-12.
12. Gordon, D. B., Polomano, R. C., Pellino, T. A., Turk, D. C., McCracken, L. M., Sherwood, G., Farrar, J. T. (2010). Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire (APS-POQ-R) for quality improvement of pain management in hospitalized adults : preliminary psychometric evaluation. The Journal of Pain 2010; (in press): 1-15.
13. De Round, M. E. J., de Wit, R., van Dam, F.S.A.M., & Muller, M. J. (2000).A pain monitoring program for nurses: effect on the administration of analgesics. Pain 2000 ; 89 : 25-38
14. National Institute of Clinical Studies. Emergency care acute pain management manual. Australia : Commonwealth of Australia : 2011.
15. โรงพยาบาลเมืองสรวง. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองสรวงจังหวัดร้อยเอ็ด, 2563.
16. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL,CheeverKH. Pain Management. Brunner&Suddarth’s Textbook of Medical-surgical Nursing 12thed, 2010.
17. Green, L. W., & Kreuter, M. W. Health program planning : an educational and ecological approach (Rev. ed.). Boston: McGraw-Hill. 2005.

18. Howat, P., Jones, S., Hall, M., Cross, D., & Stevenson, M. The PRECEDE-PROCEED model : application to planning a child pedestrian injury prevention program. *Methodological issues* 1997 ; 3(4) : 282-87.
19. Fishman S.M., Young H.M., Lucas Arwood E., Chou R., Herr K., Murinson B.B., Watt-Watson, J., Carr, D. B., & Stresses, S. A. (2013). Core competencies for pain management: results of an interprofessional consensus summit [Electronic version]. *Pain Medicine Journal* 2013 ; 14 : 971-81.
20. จุฬารัตน์ แซ่ฉ่ง. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง[วิทยานิพนธ์]. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ; 2559.
21. Hatherley, C., Jennings, N., & Cross, R. Time to analgesia and pain score Documentation best practice standards for the Emergency Department - A literature review [Electronic version]. *Australasian Emergency Nursing Journal* 2016 ; 19 : 26-36.
22. Saunderson H, Vehvilainen-Julkunen K, Stevens KR. Effectiveness of an education intervention to strengthen nurses' readiness for evidence-based practice: A single-blind randomized controlled study. *ANR*. 2016 ; 31 : 175-85
23. Shatpattananunt B, Petpichetchian W, Kitrungrrote L. Development of the change Implementation strategies model regarding evidence-based chronic wound pain management. *Pac Rim Int J Nurs Res*. 2015; 19 : 359-72.
24. Hussain ST, Lei S, Akram T, Haider MJ, Haider SH, Ali M. Kurt Lewin's process model for organizational change : The role of leadership and employee involvement : A critical review. *JIK*. 2016; 26: 1-7
25. บุญญาภัทร ชาติพัฒนานันท์. ประสิทธิภาพของการนำใช้นโยบายปฏิบัติในการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2560 ; 18(2) : 101-9.
26. Anuchon S. Factors effected to client satisfaction toward the services of the emergency accidental room at Phramongkutklao Hospital. *JRTAN*. 2013 ; 14 : 159-169.

ผลการเสริมพลังอำนาจแบบกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมการผิมนัดของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมรัตน์

The Effective of an Empowerment Program on Missed Appointment of Diabetes Mellitus Patients in Pratumrat Hospital

นฤพร ไชยวงศ์

Naruporn Chaiwong

Corresponding author : E-mail : nang4874@hotmail.com

(Received : July, 25, 2020 : August 18, 2020 : September, 5, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการผิมนัด พฤติกรรมดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ผิมนัดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2563 กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการเสริมพลังอำนาจแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)

ผลการวิจัย : หลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการผิมนัดแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการผิมนัดลดลง 2.18 คะแนน (95% CI ; 1.936, 2.441) ส่วนการดูแลตนเอง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองโดยรวมมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้น 0.97 คะแนน (95% CI ; 0.875, 1.080) และระดับน้ำตาลในเลือด หลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .009$) โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง 16.89 mg/dL 95% CI; 4.46, 29.27)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการเสริมพลังอำนาจแบบกลุ่มส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการผิมนัด และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น

คำสำคัญ : การเสริมพลังอำนาจ ; พฤติกรรมการผิมนัด ; ผู้ป่วยเบาหวาน

ABSTRACT

Purposes : To compare the missed appointment behavior self-care behavior and blood sugar levels of diabetic mellitus.

Design : Quasi-experimental research

Materials and method : A total of 60 samples were of missed appointment behavior self-care behavior who met the inclusion and exclusion criteria. The study was conducted from May to August ,2020 in each group of 30 participants. The experiments were empowered as empowerment program, and the control group received normal nursing activities. Data were collected using interviews and records. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and to test the hypothesis using independent t-test

Main findings : After the intervention, it was found that diabetic mellitus in the experimental group had different mean scores of default behaviors, this was statistically significant compared to the control group ($p < .001$), with a 2.18 point average reduction in mean behavioral score (95% CI ; 1.936, 2.441). For self-care, diabetic mellitus in the experimental group had significantly greater overall self-care score compared to the control group. ($p < .001$), with an increase in overall mean self-care score of 0.97 (95% CI ; 0.875, 1.080) and blood sugar levels after the experiment group showed that the diabetic mellitus in the experimental group had different blood sugar levels, when compared with the control group was statistically significant. ($p = .009$) with a blood glucose reduction of 16.89 mg / dL; 95% CI; 4.46, 29.27).

Conclusions and recommendation : The results of this research indicated that group empowerment caused the sample to have default behavior. And lower blood sugar levels and improved self-care behavior of people with diabetes mellitus.

Keywords : Empowerment program ; Missed appointment ; Diabetes Mellitus

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา หากพิจารณาโรคเบาหวานสามารถแบ่งภาวะแทรกซ้อนออกได้ 1) ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด น้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง และ2) ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น โรคแทรกซ้อนเรื้อรังที่ตา ไต ระบบประสาท ปัญหาที่เท้า ตลอดจนกลุ่มโรคทางเมตาบอลิก (Metabolic Syndrome) อันมีโรคเบาหวานเป็นตัวการสำคัญและกำลังเป็นปัญหาตลอดจนเป็นภัยคุกคามความมั่นคงและความมั่นใจในสุขภาพของประชาชนชาวไทยมากขึ้นทุกปี คุกคามต่อคุณภาพชีวิต¹⁻²

ส่งผลผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดขนาดใหญ่ ร้อยละ 75 (Davies 2004) สอดคล้องกับสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ 2557 รายงานว่าเบาหวานก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากมาย ซึ่ง 3 ลำดับแรก ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางตา (Diabetic retinopathy) ภาวะแทรกซ้อนทางไต (Diabetic nephropathy) และภาวะแทรกซ้อนทางเท้า (Diabetic foot complications) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ใช้งบการบริหาร งบบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2554 จำนวนเงิน 630,595,000 บาท นอกจากนี้ยังเกิดความพิการและเสียชีวิตได้

และการจัดอันดับสูญเสียปีสุขภาวะ ปี 2552 พบว่าโรคเบาหวานทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 8.6 และเป็นอันดับ 7 ในเพศชายคิดเป็นร้อยละ 3.8

กล่าวได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานจำเป็นที่จะต้องดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พร้อมกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตการดำเนินชีวิตด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักตัว สามารถลดอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานลงได้ กลุ่มเสี่ยงเบาหวานทุก ๆ 7 คน ที่ออกกำลังกายวันละ 30 นาที เป็นเวลา 4 วันต่อสัปดาห์ และลดน้ำหนักลงจากเดิม ร้อยละ 5 สามารถป้องกันไม่ให้เกิดเบาหวานได้ 1 คน ขณะเดียวกันกลุ่มอ้วนแบบลงพุง น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 1 กิโลกรัม จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานในระยะเวลา 9 ปี ประมาณร้อยละ 4.5 การที่คนลดความเครียดจะทำให้ร่างกายจะมีความทนต่อกลูโคสเพิ่มขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง 3-4 และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อโรคเรื้อรังที่เป็นและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากสรุปผลการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเครือข่ายชุมชนบ้านโง้งของเยาวภา พรเวียง⁵ พบว่า มีขยายการนำความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปสู่การดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทุกระดับทั้งในโรงพยาบาลและสถานอนามัย พบปัญหาและอุปสรรค คือ ผู้ป่วยเบาหวานบางราย รักษาผลที่เท่าแล้วแต่ผลยังไม่หาย ทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้คิดปล่อยไปตามเวรกรรม บางรายไม่ค่อยสนใจดูแลผลที่เท่าของตนเองทำให้เกิดผลเรื้อรังจนต้องตัดเท้า มีความวิตกกังวลเรื่องการสูญเสียภาพลักษณ์ค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล และขาดผู้ดูแลขณะนอนโรงพยาบาลสิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยเบาหวานไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง

จากข้อมูลผู้มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลปทุมรัตน์ พบว่า โรคเบาหวานเป็นโรคที่พบมากเป็นอันดับ 1 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี คือ 2,919, 2,978 และ 3,066 คน ในปี 2561 – 2563 ตามลำดับ และจากข้อมูลของคลินิกเบาหวาน พบว่า มีการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน

ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมด 1,195 คน คิดเป็นร้อยละ 53.25 จากการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในปี 2563 พบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 5.85 ภาวะแทรกซ้อนทางไตร้อยละ 24.80 ตรวจพบแผลที่เท้าร้อยละ 0.96 ได้ตัดนิ้วเท้า เท้าหรือขาร้อยละ 0.07 มีผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน รวม 132 ครั้ง (Hypoglycemia 88 ครั้ง Hyperglycemia 44 ครั้ง) มีผู้ป่วยเบาหวานเสียชีวิต 58 คน สาเหตุการตายสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ตายด้วยโรคไตวายเรื้อรัง 13 คน ตายด้วยติดเชื้อในกระแสเลือด 10 คน และตายด้วยมะเร็ง 8 คน จากการทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดบกพร่องโดยในปี พ.ศ. 2561 - 2563 พบอัตราการควบคุม Fasting blood sugar อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ (70- 130 mg /dl) ยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดคือ ร้อยละ 18.16, 29.34 และ 22.33 ตามลำดับ และจากผลการวิจัยของเครือข่ายสุขภาพอำเภอปทุมรัตน์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญคือ ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหารและการใช้ยา จากการประเมินทักษะเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านก็พบว่า ปัจจัยด้านการรับประทานอาหารและการรับประทานยา เป็นทักษะที่ปฏิบัติได้ไม่ดี และการเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัดยังน้อยจากข้อมูลของคลินิกเบาหวานพบว่าอัตราการขาดนัด แนวนอนสูงขึ้นทุกปี คือ 10.84, 12.99 และ 15.52 ในปี พ.ศ. 2561-2563 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ที่จำเป็นต้องรักษาไปตลอดชีวิตจนส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และกระบวนการให้ข้อมูลและเสริมพลังยังทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร

พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่จะให้การดูแลและช่วยเหลือกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหล่านี้โดยจะต้องมีประสบการณ์และความสามารถในการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ เนื่องจากผู้ป่วยเรื้อรังจะมีความสามารถลดลง เช่น เดินไปมาไม่สะดวก ต้องขาดงานหรือออกจากงาน ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีความทุกข์ไม่สบายกาย

เพราะเจ็บปวด ไม่สบายใจ เพราะวิตกกังวล ขาดความมั่นใจทางจิตใจ โกรธ ผิดหวังเสียใจ มีความเครียดที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น รำคาญตัวเอง ลั่นหว้ง หมดทางช่วย อ่อนไหวต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ ต่ำหนิต่อว่า ซึมเศร้า และความไม่พึงพอใจที่จะต้องทานยามาก คาดหวังว่าจะหาย แต่ต้องผิดหวัง และพฤติกรรมผู้ป่วยเรื้อรัง คือ 1) Denial การปฏิเสธไม่ยอมรับว่าป่วย ไม่กินยาตามหมอสั่ง 2) Anxiety วิตกกังวลเกี่ยวกับตัวโรค กลัวตาย กลัวพิการเสียรูป กลัวแพ้ยา กลัวติดยา กลัวทำงานไม่ได้ 3) Shame รู้สึกเป็นตราบาป มีปมด้อย ไม่เหมือนคนอื่น และ 4) Depression รู้สึกเศร้า เพราะขาดความมั่นใจ ขาดความภาคภูมิใจ รู้สึกควบคุมสถานการณ์ไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นภาระเสียค่าใช้จ่ายสูง ทำงานได้ไม่เต็มที่⁷ การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทำให้เกิดให้ใหม่ ทำให้ตระหนัก ทำให้เชื่อมั่น ทำให้ได้ใช้ ได้พัฒนา “ศักยภาพ” ที่มีอยู่ในตน ให้แปรรูปออกมาเป็นพลังที่สร้างสรรค์ให้สามารถเผชิญกับปัญหา เพิ่มความสามารถในการมองเห็นยอมรับภาวะโรคที่ตนเป็นอยู่ เข้าใจปัญหาของตน วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหาและแก้ปัญหาได้ โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงพลังอำนาจที่มีในตนเอง เกิดภาวะสมดุลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จากนโยบายของงานบริการพยาบาลมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วย แบบองค์รวมและมุ่งพัฒนาบริการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศโดยเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ใช้บริการมีความปลอดภัย สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพและพึงพอใจ รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดี และ เทพ หิมะทองคำและคณะ (2539)⁸ กล่าวว่า การควบคุมโรคเบาหวานเป้าหมายของการควบคุมโรคเบาหวานที่สำคัญ คือ รักษาระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยให้ใกล้เคียงระดับของคนทั่วไป ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ การใช้จ่ายในปริมาณที่แพทย์สั่งและการมาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอตามแพทย์นัด จะเห็นได้ว่านอกเหนือจากปฏิบัติตนแล้วอีกสิ่งหนึ่งที่สำคัญคือการมาตรวจตามนัด จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเบาหวานจะพบว่า สาเหตุสำคัญที่ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนนอกเหนือจากการดูแลตนเองก็คือ

การผัดนัด ซึ่งสุปวีณ์ ธนอัครวนนท์ และคณะ⁹ ได้การศึกษาเหตุผลการผัดนัดของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานผัดนัด คือ ไม่ทราบเหตุผลที่ต้องมาพบแพทย์ (ร้อยละ 50.0) ต้องไปทำธุระต่างจังหวัด (ร้อยละ 41.9) ยาหมดก่อนวันนัด (ร้อยละ 31.6) อาการไม่สบายวันนัด (ร้อยละ 10.5) ดูจำนวนเม็ดยาว่าหมดเมื่อไรจึงมาพบแพทย์ (ร้อยละ 9.7) อ่านลายมือพยาบาลไม่ออก (ร้อยละ 9.7) จากการที่ผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า 25 ปี จะพบว่าพยาบาลนั้นมีบทบาทในการให้ข้อมูลและบอกถึงความสำคัญกับผู้ป่วยทุกครั้งที่มาใช้บริการ แต่จากการวิเคราะห์จะพบว่าพยาบาลมีการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยตามหน้าที่ ขาดการเน้นย้ำหรือชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบอย่างเป็นทางการ และให้การใส่ใจกับการให้ผู้ป่วยแต่ละรายร่วมค้นหาปัญหาและวางแผนในการดูแลตนเองน้อย ทั้งนี้เนื่องด้วยภาระงานและสัดส่วนการให้บริการของบุคลากรและจากตัวผู้ป่วยเองที่รู้สึกไม่มั่นใจและขาดความภาคภูมิใจ รู้สึกควบคุมสถานการณ์ไม่ได้ต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นภาระเสียค่าใช้จ่ายสูง เปื้อน่าย ท้อแท้บางคนรู้สึกสิ้นหวัง จากการสุ่มสอบถาม ผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 10 ราย พบว่า ผู้ป่วยบอกว่าจะพยาบาลให้ข้อมูล จำนวน 6 ราย มี 4 รายบอกว่ารู้สึกเบื่อ รักษาไม่หายมีแต่ทรงกับทรุด ไม่มีกำลังใจ บางรายบอกว่า ไม่ได้รับข้อมูล บางรายบอกได้ข้อมูลบ้างลงรายละเอียดว่าข้อมูลที่ได้รับการพยาบาล คือ ข้อมูลด้านไหน 5 ราย บอกว่าเรื่องทั่วไป 3 รายบอกว่าเรื่องโรค การมาตรวจ การปฏิบัติตน 2 รายบอกว่าจำไม่ได้ สอบถามเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัดผู้ป่วย 4 รายบอกว่าให้ข้อมูล ส่วนอีก 6 รายบอกว่าจำไม่ได้ จากข้อมูลดังกล่าวพบว่ามีจุดอ่อนเพราะผู้ป่วยเรื้อรังมักรู้สึกหมดหวัง เบื่อตนเองในการให้ข้อมูล ทั้งนี้มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับข้อมูล ซึ่งอรรพรรณ ตะเวทิพงศ์ และคณะ¹⁰ เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นการที่ให้ผู้ป่วยบอกถึงปัญหาในมุมมองของตนเอง ซึ่งจะเป็นมุมมองที่แตกต่างกับบุคลากรระบุให้กับผู้ป่วย และการที่ผู้ป่วยระบุปัญหา มีส่วนร่วมในตัดสินใจวางแผนเป้าหมายในการดูแลตนเองในด้านการเจ็บป่วยแล้วย่อมส่งผลให้ภาวะการเจ็บป่วยดีขึ้น

แม้ผู้ป่วยเบาหวานถึงเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเหมือนกันก็ตาม แต่ความแตกต่างของวิถีชีวิตสภาพแวดล้อม ความเชื่อ การงานอาชีพและทัศนคติล้วนแต่ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานแต่ละรายมีความแตกต่างกัน ในด้านการปฏิบัติตัว ดังนั้นการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ผู้ป่วยบอกสภาพปัญหาในมุมมองของตนเอง มีการแลกเปลี่ยนมุมมองกับผู้รับบริการด้วยตัวเอง และให้ผู้ป่วยได้ร่วมในการวางแผนในการดูแลตนเอง แก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ย่อมส่งผลให้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้นและเกิดความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งมุมมองเหล่านี้จะแตกต่างกับมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์หรือทางสาธารณสุข ที่มีคำตอบและแนวทางปฏิบัติอยู่แล้วซึ่งผู้ป่วยรายไม่สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ แนวคิดในการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพเป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคคล โดยการให้บุคคลค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง และวางแผนแนวทางแก้ไขเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพจึงเป็นกลไกสำคัญประการหนึ่งที่จะผลักดันแนวคิด “สร้าง” นำ “ซ่อม” ไปสู่การปฏิบัติให้บังเกิดผลที่เป็นรูปธรรม เพราะการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพเป็นกระบวนการที่จะให้กลุ่มเป้าหมาย สามารถตั้งศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนมาใช้ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของตนได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เพื่อป้องกันการเกิดโรคจากการใช้ชีวิตที่ไม่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง¹¹ ดังที่ Gibson¹² กล่าวว่า การสร้างพลังอำนาจในตนเป็นการส่งเสริมให้เกิดบุคคลเกิดความตระหนัก ให้คนแก้ปัญหาตนเอง จัดการชีวิตของตนเอง จึงเป็นกระบวนการทางสังคมที่ทำให้บุคคลรู้สึกถึงพลังอำนาจที่มีในตนเอง จะได้ส่งผลต่อการดูแลตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพในฐานะบุคคล ๆ หนึ่งที่ดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ ในผู้ป่วยเบาหวานหากพยาบาลใช้กระบวนการเสริมพลังอำนาจในตนให้กับผู้ป่วยโดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงภาวะเจ็บป่วยเบาหวานของตนเอง วางแผนในการจัดการชีวิตด้วยความรับผิดชอบและกระทำหรือปฏิบัติอย่างต่อเนืองจะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข สอดคล้องกับอัมราภรณ์ ภูระยา¹³ ที่กล่าวไว้ว่าการเสริม

สร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการ ที่ช่วยเหลือบุคคลเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ซึ่ง ทำให้บุคคลมีพลังอำนาจและตระหนักในศักยภาพของตน รวมถึงมีอิสระในการตัดสินใจ สามารถควบคุมตนเองจากภาวะต่าง ๆ ได้ และการสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพให้กับประชาชนในทุกรูปแบบถือว่าเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการทำ งานด้านการส่งเสริมสุขภาพ และบทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพจึงเป็นการสร้างเสริม พลังใจให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน ตระหนักรู้ และเห็นความสำคัญของสุขภาพ หันกลับมาดูแลเอาใจใส่เรื่องสุขภาพ ไม่เพียงแต่การป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วย แต่จะมุ่งสร้างเสริมสุขภาพที่ดีด้วย พยาบาลจึงจำเป็นต้องสร้างแรงจูงใจให้กับผู้รับบริการเรียนรู้ มองเห็นคุณค่าของตนเองด้วยการมีสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ผู้รับบริการไว้วางใจให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และเสริมพลัง ให้เชื่อมั่นในการดูแลตนเอง โดยที่พยาบาลคอยช่วยเหลือจัดการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง จนกระทั่งผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นที่จะดูแลตนเองได้และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น¹⁴

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของแผนการรักษาและการมาพบแพทย์ ดังนั้น ผู้วิจัยพัฒนาจึงได้โปรแกรมการสร้างเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ผิวดิน โดยนำแนวคิดการสร้างเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller มาใช้ในการสร้างโปรแกรมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานตระหนักในการดูแลตนเอง เชื่อในความสามารถของตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง จนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางบวก สามารถ ผู้ป่วยเบาหวานมาตรวจตามนัดมากขึ้น ควบคุมภาวะแทรกซ้อน และจัดการกับอาการไม่สบายต่าง ๆ ได้ทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมผิวดิน พฤติกรรมดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง¹⁵ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรศึกษา ประชากรศึกษาเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีรับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลปทุมรัตน์

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ผิคนัด และเข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวานระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงสิงหาคม 2563 จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกตามที่กำหนดไว้

3. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบสถิติที่ศึกษา (Power analysis) ของ Cohen¹⁶ หาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (Effect size) ของงานวิจัยครั้งนี้จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน คือ การศึกษาของเยวภา พรเวียง⁵ ที่ได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าและคุณภาพชีวิตในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า โดยการคำนวณค่าขนาดอิทธิพลความแตกต่างจากสูตรของ Glass, McGaw, and Smith¹⁷ ซึ่งได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .81 จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบของ Cohen โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน เพื่อให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างครบตามเกณฑ์หากกลุ่มตัวอย่างมีการสูญหาย (Drop out) ระหว่างดำเนินการทดลอง ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ จึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้ในการศึกษาทั้งหมด จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือและค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจ

ในสถานการณ์ การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ทักษะและแหล่งทรัพยากร การสร้างเสริมพลังอำนาจด้วยตนเอง และการสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ ทั้งได้รับการตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมการศึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และนำไปทดลองนำร่อง (Pilot trial) ใช้ในพื้นที่พบว่า การดำเนินกลุ่มเป็นไปได้ด้วยดี แต่มีปัญหาในเรื่องเนื้อหากิจกรรมที่ 1.2 ที่ใช้เกินเวลาที่กำหนด เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบจนต้องพักตัวเองจึงได้ทำการปรับเวลาให้มากขึ้น ส่วนใหญ่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของยุวดี วงษ์แสง¹⁸ ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Miller 19 ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .93 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .84

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมผิคนัด มี 2 ส่วน คือ ลักษณะทางประชากร และพฤติกรรมผิคนัดตนเอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งการทดลองเป็น 3 ระยะคือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยมีการเตรียมดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโรคเบาหวานลักษณะอาการความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การสัมภาษณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยและฝึกทักษะการเสริมสร้างพลังอำนาจจากหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน และผู้วิจัยยังได้ค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการผิคนัดของผู้ป่วยเบาหวาน และการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้การวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองจากการศึกษา

ค้นคว้าทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เป็นผู้วิจัยมีความรู้ความสามารถในการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 1 คน พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 3 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาล จำนวน 1 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม เหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา

1.3 ส่งโครงร่างฯ วิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

1.4 เตรียมติดต่อ ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมรัตน์ เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือ พร้อมโครงร่างงานวิจัยฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมรัตน์ เพื่อขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูลในคลินิกเบาหวาน โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และประสานงานหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลอง

1.5 เตรียมผู้ช่วยในการดำเนินการทดลอง จำนวน 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานฝ่ายการพยาบาลมีประสบการณ์การทำงาน 2 ปีขึ้นไปเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการดำเนินการทดลอง โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและแนวคิด รายละเอียดของเครื่องมือ แนวทางการใช้เครื่องมือ วิธีการสัมภาษณ์เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อให้เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนได้อย่างชัดเจนและจะมีการประเมินผลหลังการดำเนินกลุ่มร่วมกันทุกครั้ง

1.6 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวาน โดยผู้วิจัยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง แล้วขออนุญาตดูแลแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่างเพื่อพิจารณา

คุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.7 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบถ้วน ผู้วิจัยให้ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัยการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย

1.8 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการเจ็บป่วยแล้วจับสลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

1.9 จากนั้นผู้วิจัยมีการดำเนินการในกลุ่มทดลองและควบคุมดังนี้ กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยเบาหวานตอบแบบสอบถามพฤติกรรมผิมนัด และพฤติกรรม การดูแลตนเอง (Pre-test) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งและต่อไปสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที จำนวน 5 ครั้งติดต่อกัน 4 สัปดาห์โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ซึ่งผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้การบำบัดด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทุกครั้งและหลังเสร็จสิ้นการบำบัดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจะขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมผิมนัดของผู้ป่วยเบาหวาน นัดหมายวัน เวลาในการดำเนินโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง และผู้วิจัยประสานคลินิกเบาหวาน เพื่อขออนุญาตใช้สถานที่ นำผู้ป่วยมาดำเนินโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจพร้อมทั้งมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ แบบสอบถามพฤติกรรมผิมนัด และพฤติกรรม การดูแลตนเอง (Pre-test) เพื่อประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน ให้ข้อมูลกับกลุ่มควบคุมถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ และผู้วิจัยนัดกลุ่มควบคุมครั้งต่อไปอีก 4 สัปดาห์ เพื่อขอความร่วมมือให้ตอบแบบประเมิน

แหล่งพลังอำนาจ แบบสอบถามพฤติกรรมผิวดินของผู้ป่วยเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Post-test)

2. ระยะดำเนินการทดลอง ขั้นตอนการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตามที่กำหนด โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติระหว่างสัปดาห์ที่ 1-4 ได้แก่ กิจกรรมการดูแลด้านจิตใจ คือ การสร้างสัมพันธภาพ การทำกิจกรรมบำบัดต่าง ๆ เช่น การให้ความรู้เรื่องโรค การให้คำแนะนำทางสุขภาพ การติดตาม ส่วนกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามวันและเวลา และสถานที่ที่กำหนดไว้

ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างเข้ารับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สร้างขึ้นตามโปรแกรมที่กำหนดโดยผู้นำกลุ่มแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ใบบางและกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรมและผู้ช่วยวิจัยช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนทำกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับผู้ป่วยเบาหวาน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ครั้งละ 60 นาที จำนวน 5 ครั้ง ณ ห้องกิจกรรมคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลพุทธรัตน์ หลังสิ้นสุดขั้นตอนที่ 4 แล้วใช้เครื่องมือกำกับการทดลองวัดแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยทันทีและในสัปดาห์ 15 จึงวัดพฤติกรรมผิวดิน และพฤติกรรมดูแลตนเอง รวมดำเนินการศึกษาใช้ระยะเวลาทั้งหมด 16 สัปดาห์ รายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือและค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 2 ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์

สัปดาห์ที่ 3 ขั้นตอนที่ 3 การเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจ

สัปดาห์ที่ 4 ขั้นตอนที่ 4 การสร้างเสริมพลังอำนาจสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจผู้วิจัยได้ทำการประเมินแหล่งพลังอำนาจของตัวอย่างในกลุ่มทดลองทันที

สัปดาห์ที่ 5-15 การกำกับติดตามทางโทรศัพท์ การสนับสนุนการปรับตัว การประชุมรายกรณี การเยี่ยมและติดตามภาวะสุขภาพแบบกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 16 วัดพฤติกรรมผิวดิน พฤติกรรมการ

ดูแลตนเองและแหล่งพลังอำนาจอีกครั้งเพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3. ระยะรวบรวมข้อมูล ก่อนดำเนินโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้าของโปรแกรมและขอความร่วมมือโดยการสมัครใจและลงลายมือในใบ Consent form และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างทำการประเมินพฤติกรรมผิวดินของผู้ป่วยเบาหวาน แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจและแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองก่อนการทดลอง (Pre-test) เมื่อครบกำหนด 1 สัปดาห์ หลังการทดลอง คือ สัปดาห์ที่ 14 ผู้วิจัยทำการพฤติกรรมผิวดินของผู้ป่วยเบาหวาน แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจและแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมประเมินพฤติกรรมผิวดินของผู้ป่วยเบาหวาน แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจและแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองก่อนการทดลอง (Pre-test) เมื่อครบกำหนด สัปดาห์ที่ 14 ผู้วิจัยทำการประเมินผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมผิวดินของผู้ป่วยเบาหวาน แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจและแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ และตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล นำมาข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไปนำมาแจกแจง ความถี่ ค่าร้อยละ และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมผิวดิน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และสถิติทดสอบที (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญ .05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ตามเอกสารรับรองเลขที่ COE 0382563

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 30 คน กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 60 ปี (SD. = 10.93) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่จำนวน 23 คน (76.7%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 24 คน (80%) ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 19 คน (63.3%) และระยะเวลาที่ป่วยเฉลี่ย 7 ปี (SD.= 4.05) ส่วนกลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 58.5 ปี (SD.= 7.62) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 20 คน (66.7%) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 22 คน (73.3%) ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 16 คน (53.3%) และระยะเวลาที่ป่วยเฉลี่ย 6.8 ปี (SD.= 3.88)

2. กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทุกคนมีคะแนนที่ได้จากการประเมินแหล่งพลังอำนาจผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ มีคะแนนแหล่งพลังอำนาจอยู่ที่ระดับดี

3. หลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมผิวนัดแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมผิวนัดลดลง 2.18 คะแนน (95% CI; 1.936, 2.441) ส่วนการดูแลตนเอง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองโดยรวม มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้น 0.97 คะแนน (95% CI ; 0.875, 1.080) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา และด้านการตามนัดมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$, $<.001$, $<.001$, $<.001$ และ $<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น 1.46, 1.04, 1.72, 0.76 และ 1.05 คะแนน (95% CI ; 1.328, 1.599 ; 0.902, 1.180; 1.534, 1.192 ; 0.560, 0.975 และ 0.761, 1.344) ตามลำดับ

4. ระดับน้ำตาลในเลือด หลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.009$) โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง 16.89 mg/dL 95% CI ; 4.46, 29.27) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมผิวนัดและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Mean diff (SE.)	95%CI		P
	Mean(SD)	Mean(SD.)		Lower	Upper	
พฤติกรรมผิวนัด						
การดูแลตนเอง	1.44(0.51)	3.63(0.45)	2.18(0.12)	1.936	2.441	< .001
การรับประทานอาหาร	4.57(0.26)	3.11(0.26)	1.46(0.06)	1.328	1.599	< .001
การออกกำลังกาย	4.62(0.22)	3.58(0.31)	1.04(0.06)	0.902	1.180	< .001
การรับประทานยา	4.51(0.44)	2.78(0.30)	1.72(0.09)	1.534	1.192	< .001
การตามนัด	4.56(0.38)	3.80(0.42)	0.76(0.10)	0.560	0.975	< .001
การสังเกตตนเอง	4.53(0.26)	3.48(0.74)	1.05(0.14)	0.761	1.344	< .001
รวม	4.56(0.16)	3.58(0.23)	0.97(0.05)	0.875	1.080	< .001

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

ระดับน้ำตาลในเลือด	n	Mean (SD)	Mean diff (SE)	95%CI		p
				Lower	Upper	
กลุ่มทดลอง	30	125.36(3.02)	16.89(6.16)	4.46	29.27	.009
กลุ่มควบคุม	30	142.23(29.39)				

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษากับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น พบว่า จำนวนครั้งที่มาพบแพทย์ใน 1 ปี มีความสัมพันธ์กับระดับ HbA1c โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนครั้งที่มาพบแพทย์ใน 1 ปี มากกว่า 6 ครั้ง มีโอกาสให้ระดับ HbA1c สูงเป็น 4.24 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนครั้งที่มาพบแพทย์ใน 1 ปี น้อยกว่าเท่ากับ 6 ครั้ง และความสม่ำเสมอในการมารับยาที่น้อย และผิวดันบางครั้ง/บ่อยครั้งมีโอกาสนำระดับ HbA1c สูงกว่ากลุ่มปกติเป็น 2.02 เท่าของความสม่ำเสมอในการมารับยาไม่ผิวดันเลย เพราะการมาพบแพทย์ตามนัด และสม่ำเสมอจะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยใส่ใจต่อสุขภาพ และได้รับการดูแลสุขภาพจากแพทย์อย่างใกล้ชิด ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับ HbA1c²⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของฤทธิรงค์ บุรพันธ์ และนิรมล เมืองโสม²¹ ได้ศึกษาในผู้ป่วยนอกที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 โรงพยาบาลสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี พบว่า การมาพบแพทย์และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างเข้ารับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สร้างขึ้นตามโปรแกรมที่กำหนดโดยผู้นำกลุ่มแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ใบบางและกิจกรรมต่างๆในแต่ละครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรมและผู้ช่วยวิจัยช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนทำกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับผู้ป่วยเบาหวาน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ครั้งละ 60 นาที จำนวน 5 ครั้ง ณ ห้องกิจกรรมคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลปทุมรัตน์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2563 หลังสิ้นสุดขั้นตอนที่ 4 แล้วใช้เครื่องมือกำกับการทดลองวัดแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยทันที และในสัปดาห์ 15 จึงวัด

พฤติกรรมการผิวดัน และพฤติกรรมการดูแลตนเอง รวมดำเนินการศึกษาใช้ระยะเวลาทั้งหมด 16 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือและค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ การเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจ และการสร้างเสริมพลังอำนาจ สร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจผู้วิจัยได้ทำการประเมินแหล่งพลังอำนาจของตัวอย่างในกลุ่มทดลองทันที นอกจากนั้นผู้วิจัยและเครือข่ายยังมีการกำกับติดตามทางโทรศัพท์ การสนับสนุนการปรับตัว การประชุมรายกรณี การเยี่ยมและติดตามภาวะสุขภาพแบบกลุ่ม จึงส่งผลให้หลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการผิวดันแตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมโดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการผิวดันลดลง 2.18 คะแนน

ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมเสริมพลังอำนาจแบบกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมการผิวดันของผู้ป่วยเบาหวานในครั้งนี้เป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์ มีการดูแลตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นพบผลในทำนองเดียวกับการศึกษาการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มี 15 กลวิธี ประกอบด้วย 5ส. จากฝ่ายพยาบาล ได้แก่ สัมพันธภาพ สื่อสารความรู้และทักษะ สิ่งแวดล้อม สมดุลด้านจิตอารมณ์ สนับสนุน และสืบสาน 5 ต. จากตัวผู้ป่วย ได้แก่ ตระหนัก ตั้งใจ ตั้งต้น ตั้งสติ ต่อเนื่อง และ 5อ. จากญาติของผู้ป่วย ได้แก่ เอื้ออาทร อ่อนรสนิยม ออกกำลังกาย ออกความคิดเห็น อุเบกขา ภายหลังสิ้นสุดโครงการฯ พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองในการส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน มีการควบคุมชนิดและปริมาณอาหารได้ถูกต้องและต่อเนื่องดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด และสามารถเผชิญกับภาวะ

เครียดได้ มีประสิทธิภาพขึ้น ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า และค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดบนฮีโมโกลบินของเม็ดเลือดแดงลดลงตามลำดับ ผลการศึกษาครั้งนี้ต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมการดูแลระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เน้นความเป็นหุ้นส่วนระหว่างผู้ป่วย ญาติ และพยาบาลภายใต้บรรยากาศของการดูแลแบบองค์รวม²² ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่าการเจ็บป่วยทำให้แหล่งพลังงานในตนเองถูกรบกวน ซึ่งแหล่งพลังงานของผู้ป่วยตามแนวคิด Miller¹⁹ ประกอบด้วย 7 แหล่ง คือ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม 3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก 4) พลังงาน 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา 6) แรงจูงใจ และ 7) ระบบความเชื่อ การเสริมสร้างพลังอำนาจ จึงเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้บุคคลกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยการมุ่งเน้นเพิ่มแหล่งพลังงานและเอาศักยภาพในตนเองมาใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่เหมาะสม ซึ่งกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) ค้นหาสถานการณ์จริง 2) สะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจ 3) สนับสนุนและเอื้ออำนวย และ 4) สร้างเสริมพลังอำนาจ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ประกอบกับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจครั้งนี้ผู้วิจัยได้เน้นการสร้างเสริมพลังอำนาจพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ หรือการผัดผ่อน ซึ่ง Fetterman & Wandersman²³ เชื่อว่าการเยี่ยมแบบเสริมพลังเป็นการใช้แนวคิดการประเมินและเทคนิคต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการคิดการตัดสินใจด้วยตนเอง ที่สำคัญคือการช่วยเหลือคนให้เขาช่วยตนเองได้ หรือกระบวนการประเมินตนเอง วิธีการประเมินแบบนี้มีจุดเน้นที่การพัฒนา เป็นการร่วมมือและใช้ทั้งวิธีการเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยผู้ประเมินเป็นเสมือนผู้สนับสนุน และผู้ติดตาม “มีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยเบาหวาน และการเยี่ยมเสริมพลังยังเป็นเสมือน “ความกระจำ” และ “ความมีอิสระ” แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของโครงการฯ เพราะเป็นการส่งเสริมให้เกิดการตรวจสอบโครงการของเขา เพื่อให้โครงการมีประสิทธิภาพต่อผู้รับบริการ ดังนั้น จึงส่งผลให้

หลังการพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองโดยรวม มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมโดยมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้น 0.97 คะแนน

ผลการศึกษาครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแล และผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม หลังการพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ²⁴ และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของดวงมณี วิยะทัศน์และอุไร ศิลปะกิจ²⁵ นอกจากนี้จากการศึกษาที่ผ่านมา มีการใช้โปรแกรมการจัดกิจกรรมกลุ่มเรียนรู้ในผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสะสมมากกว่า 7 (HbA1c) ภายหลังการทดลองพบว่า ระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยลดลง และผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การมีเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่องส่งผลถึงการช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ลดลง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาได้ การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากประโยชน์ของกลุ่มในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย รวมถึงการช่วยเหลือกันเองซึ่งเป็นจุดเด่นการดำเนินกลุ่มต่อเนื่องโดยกลุ่มผู้ป่วยกันเอง โดยบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ทำหน้าที่จัดกระบวนการเรียนรู้ โดยเน้นการช่วยเหลือกันในกลุ่มเป็นพลังเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม²⁶ จึงส่งผลให้หลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง 16.89 mg/dL

ข้อเสนอแนะ

ด้านการศึกษาวิจัย จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าโปรแกรมมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดและมากกว่าทุกด้าน ซึ่งถึงความสำคัญและความจำเป็นของการดูแลตนเองทั้งสองด้านนี้ ซึ่งผู้เกี่ยวข้องควรนำไปเป็นต้นแบบในการดูแลตนเอง อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมผัดผ่อนของผู้ป่วยเบาหวานลดลงก็ตาม แต่ก็ยังมีผู้ป่วยเบาหวานบาง

ส่วนที่ยังผิวนิด ทั้งนี้พฤติกรรมดังกล่าวส่งผลต่อแผนการรักษาของแพทย์ และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดังนั้น ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาสาเหตุของการผิวนิดที่แท้จริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นพ.พงษ์เฉลย พลอยวิเลิศ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมรัตน์ที่ให้การสนับสนุน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เจ้าหน้าที่คลินิกเบาหวาน และผู้ป่วยเบาหวาน ที่ให้ความร่วมมือในงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- สมาคมโรคเบาหวาน. การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต].2559 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: [http:// www.diabassothai.org/statistic/1558](http://www.diabassothai.org/statistic/1558)
- จิตติ สันบุญ, วราภรณ์ วงศ์ถาวราวัฒน์. การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม คณะแพทยศาสตร์ภาควิชาอายุรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.
- มันทนา ประทีปเสน, วงเดือน ปันดี. อาหารกับโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด : การทบทวนความรู้กับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน. นนทบุรี : สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์, 2542.
- จำลอง ดิษยวณิช. ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ. เชียงใหม่ : โครงการตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- เยาวภา พรเวียง, วิภาพรรณ หมื่นมา, พิศมัย ศรีสุวรรณ นพกุล, วันทนา แก้วยองผาง. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2555 ; 22(3) : 85-97.
- โรงพยาบาลปทุมรัตน์. สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลปทุมรัตน์ . ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลปทุมรัตน์, 2558.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ.การปรับปรุงเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKU-DI เพื่อให้มีความไวต่อเพศภาวะ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2553 ; 55(2) : 177-89.
- เทพ หิมะทองคำ. ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ : วิทยพัฒน์ ; 2539.
- สุวิณี ธนอศวนนท์, เอกชัย คำลือ, ธราทิพย์ อุทพันธ์, พร้อมพันธ์ คัมเนตร, วัชร ผลมาก . เหตุผลการผิวนิดของผู้ป่วยเบาหวาน คลินิกเบาหวาน. วารสารโรงพยาบาลแพร์ 2554 ; 19 : 2.
- อรรณณ ตะเวทิพงศ์. ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยแบบคนไข้เป็นศูนย์กลาง. วารสารระบบบริการการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2552: 57-61.
- อมร สุวรรณนิมิต. การบริหารการพยาบาล. มหาสารคาม: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2553.
- Gibson. The process of empower in mother of chronically ill children. Journal of Advanced Nursing 1995 ; 21(6) : 1201-10.
- อัมราภรณ์ ภูระยา, นิษฐา นันทบุตร. ศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2562 ; 37(1) : 22-31.
- กุนที พุ่มสงวน. สุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ: บทบาทที่สำคัญของพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก 2557. 15(2) : 10-4.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. Essentials of nursing research : Methods, appraisal, and utilization (5th ed.). Philadelphia: Lippincott, 2001.
- Cohen, J. Statistical power analysis for behavioral sciences.(2nd ed.).Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum, 1988.
- Glass, G. V, McGaw, B. and Smith, M. L. Meta-analysis in Social Research. Beverly Hills, CA : SAGE Publications, 1981.

18. ยุวดี วงษ์แสง. ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.
19. Miller, F. Judith. Coping with Chronic Illness Overcoming Powerlessness (3rd ed.). Philadelphia : F.A. Davis Company, 2000.
20. คณินุช แจงพรหมมา, พัทธนันท์ คงทอง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับ HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) 2561 ; 10 (19): 1-13.
21. ฤทธิรงค์ บุรพันธ์; และ นิรมล เมืองโสม. ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556 ; 6(3) : 102-9.
22. วิมลรัตน์ จงเจริญ, วันดี คหะวงศ์, อังศุมา อภิชาติ, อรนิช แสงจันทร์, ประภาพร ชูกำเนิด, กัลยาณี บุญสิน และคณะ. รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. สงขลานครินทร์เวชสาร 2551 ; 26 (1) : 71-84
23. Fetterman, D. M. & Wandersman, A. Empowerment Evaluation: Principle in Practice. New York : Guilford, 2005.
24. จุฑารัตน์ รัชชา, ยุวดี รอดจากภัย, ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. ศรีนครินทร์เวชสาร 2559 ; 31(6) : 376-83.
25. ดวงมณี วิยะทัศน์และอุไร ศิลปะกิจโกศล. ผลของโปรแกรมการจัดกิจกรรมกลุ่มเรียนรู้ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลพนมสารคาม. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2561; 5(2) : 39-54.
26. Resnicow K, McMasterF, BocianA, HarrisD, Zhou Y, Snetselaar L, et al. Motivational interviewing and dietary counseling for obesity in primary care : an RCT. Pediatrics. 2015 ; 135(4): 649-57.

**ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
และอัตราการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด**
**Effectiveness of Program of Care for Pregnant Women at Risk for Preterm
Labor on the Rates of Preterm Labor and Preterm Birth in Pathum Rat
hospital, Roi-Et**

เอมอร จำภา

Aimon Japa

Corresponding author: E-mail: aimon.2514@gmail.com

(Received : July, 25,2020 : August 18,2020 : September, 5,2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตราการคลอดก่อนกำหนด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งเข้ารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลปทุมรัตน์ จำนวน 30 ราย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง จำนวน 15 ราย ได้รับการดูแลตามโปรแกรมฯ ส่วนกลุ่มควบคุม จำนวน 15 ราย ได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและได้รับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยติดตามอายุครรภ์เมื่อเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอายุครรภ์เมื่อคลอด และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Z-test

ผลการวิจัยพบว่า : สตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีสัดส่วนการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไม่แตกต่างกัน ($p = .143$) แต่มีสัดส่วนการคลอดก่อนกำหนดแตกต่างกัน ($p = .049$) โดยสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่ออัตราการคลอดก่อนกำหนดที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีสัดส่วนการคลอดปกติถึงร้อยละ 88.0 (95% CI; 0.12, 0.89) และความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.60, SD = 10.4)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมฯ โดยการให้ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับการติดตามและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ส่งผลให้สัดส่วนการคลอดปกติเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : โปรแกรมการดูแล ; การคลอดก่อนกำหนด ; สตรีตั้งครรภ์

ABSTRACT

Purposes : To evaluate the effect of a care program for pregnant women at risk for preterm labor on the rates of preterm labor and preterm births, pro-posed.

Design : Quasi-experimental research

Material and methods : The sample were pregnant women at risk of labor, premature labor. The group received 30 antenatal care services in Pathum Rat Hospital by dividing the sample into 2 groups. The experimental group of 15 received care according to the program, control group of 15 received a manual on preterm labor and normal care. Data were collected by tracking the gestational age when pregnant, was pregnant, premature, and the gestational age at birth. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation, and Z –test statistics

Main findings : Pregnant women at risk of miscarriage, preterm labor, who have participated and did not join the program, there were no different proportions of miscarriages ($p = 0.143$) However, there was a different proportion of preterm births ($p = 0.049$), the proportion of normal delivery was 88.0% (95% CI ; 0.12, 0.89) and satisfaction with the program. Overall, it was the highest (Mean = 4.60, SD = 10.4).

Conclusion and recommendations : The results of this study show that the program by providing knowledge and perception about preterm labor, along with monitoring and visiting by phone, as a result, the proportion of normal delivery increased.

Keywords : Program of care ; preterm birth ; pregnant

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาที่สำคัญทางสูติศาสตร์ เนื่องจากเป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพและการตายของทารกแรกคลอดที่ค่อนข้างสูง อีกทั้งยังส่งผลให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัวสังคมและประเทศชาติ โดยพบว่าอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดทั่วโลกในปี พ.ศ. 2558 พบประมาณ 15 ล้านคน หรือพบมากกว่า 1 คนจากทารก 10 คน² สำหรับในประเทศไทย พบหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด ปีละ 64,000-80,000 คน³ โดยในปี พ.ศ. 2552 ถึง พ.ศ. 2554 พบสถิติการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 8.03, 8.75 และ 8.39 ตามลำดับ⁴

เช่นเดียวกับ รายงานผลการประเมินผลการปฏิบัติราชการของเครือข่ายสุขภาพอำเภอปทุมรัตน์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2562 พบว่า อัตราสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเท่ากับร้อยละ 0.54 ,1.82 และ 2.05 ตามลำดับ⁵ ดังสถิตินี้กล่าวชี้ให้เห็นว่าอัตราสตรี

ตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เมื่อร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุ (Pilot survey) แล้วพบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะการตั้งครรภ์แรก หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดจากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของอัตราสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดทั้งนี้ทีมผู้วิจัยจึงได้ประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วสังเคราะห์เชิงเนื้อหาได้แนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวประกอบกระบวนการทำงาน 2 ชั้น คือ การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์การนำรูปแบบไปทดลองใช้ ติดตามและประเมินผลการใช้รูปแบบ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุพัตรา ปิ่นแก้ว⁶ ซึ่งพบว่าการจัดโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับการติดตามการหดตัวของ

มดลูกโดยใช้เครื่องบันทึกการหดตัวของมดลูกและการติดตามเย็บทางโทรศัพท์เพื่อเน้นย้ำให้สตรีตั้งครรภ์สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเองมีประโยชน์ในการลดอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดโดยการค้นหาผู้มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและสามารถให้การรักษาดังแต่ในระยะเริ่มต้นและงานวิจัยของฟรีดา⁷ ซึ่งพบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ตระหนักและเข้าใจความสำคัญของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและมาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการเพื่อการวินิจฉัยได้เร็วและให้การรักษาทันท่วงที

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องชี้ให้เห็นว่าการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกันและลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอัตราการคลอดก่อนกำหนดเพื่อลดอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดก่อนกำหนด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตราการคลอดก่อนกำหนด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มควบคุม

(Control Group) สตรีตั้งครรภ์ที่ซึ่งได้รับการดูแลการปฏิบัติตามปกติ และกลุ่มทดลอง (Experimental Group) สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตราการคลอดก่อนกำหนด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

ประชากรศึกษา (Populations study) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เข้ารับการรักษาแผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 โดยผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของประชากร ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า(Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่เคยมีประวัติเข้ารับการรักษาดูแลด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมาก่อนในครรภ์นี้ 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงสูงอื่น ๆ ขณะตั้งครรภ์ เช่น เบาหวานความดันโลหิตสูง ครรภ์แฝด รกลอกตัวก่อนกำหนดและถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด เป็นต้น 3) ทารกในครรภ์ไม่มีความผิดปกติ 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 5) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ วิจัยครั้งนี้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) สตรีตั้งครรภ์ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะเข้าร่วมวิจัยและให้การรักษาตามเกณฑ์ปกติ 2) สตรีตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขณะตั้งครรภ์ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสูติแพทย์อย่างใกล้ชิด เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ดัชนีมวลกาย (Body mass index) มากกว่า 28 กิโลกรัม/เมตร

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Termination criteria for the whole research project) ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างประสงค์จะย้ายไปฝากครรภ์ยังสถานบริการอื่นก่อนได้รับการดูแลครบตามโปรแกรมฯ และกลุ่มตัวอย่างต้องการยุติการเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เลือกจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกข้างต้นที่เข้ารับการรักษาดูแลฝากครรภ์โรงพยาบาลปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่เดือนมีนาคม

ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นประชากรศึกษาใน อนาคต คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการตามช่วงเวลาที่กำหนด โดย การสุ่ม (Randomization) คือ ผู้ที่มาฝากครรภ์เป็นลำดับ ที่ 1 ในแต่ละสัปดาห์จัดเข้ากลุ่มทดลอง ลำดับที่ 2 เข้ากลุ่ม ควบคุม ลำดับที่ 3 เข้ากลุ่มทดลอง และลำดับที่ 4 เข้ากลุ่ม ควบคุม สลับกันไปจนครบ จำนวน 30 คน กลุ่มละ 15 คน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละ กลุ่มเท่ากัน โดยกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดซึ่งใช้แบบประเมินความเสี่ยงภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนดของสายฝน ขวาลย์ไพบุลย์8 โดยมีหัวข้อ ประเมินความเสี่ยง 19 ข้อ ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงด้าน มารดาได้แก่ ปัจจัยส่วน บุคคล 5 ข้อ ปัจจัยด้านกายภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 5 ข้อ ปัจจัยทางชีวภาพ 7 ข้อ และ ปัจจัยด้านทารก 2 ข้อโดยผู้มีความเสี่ยงตามแบบประเมิน อย่างน้อย 1 ข้อจัดว่าเป็นผู้เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด

1.2 โปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีราย ละเอียดของโปรแกรมดังนี้

1.2.1 แผนการสอน เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับภาวะ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการสังเกตอาการเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเองซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย ผลกระทบ ปัจจัยเสี่ยงและวิธี การลดความเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความสำคัญของการค้นพบอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนดได้โดยเร็ว การสังเกตอาการและอาการแสดงของ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการประเมินการหด รั้วตัวของมดลูกด้วยตนเอง รวมถึงการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการ และการรักษาผู้ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

1.2.2 คู่มือเรื่อง “คุณแม่ควรรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บ ครรภ์คลอดก่อนกำหนด” ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย

ผลกระทบ ปัจจัยเสี่ยงและวิธีการลดความเสี่ยงของภาวะ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความสำคัญของการค้นพบ อาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้เร็ว การสังเกตอาการ และอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและ การประเมินการหดรั้วตัวของมดลูกด้วยตนเองรวมถึงการ ปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการ และการรักษาผู้ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนด

1.2.3 เครื่องมือติดตามการหดรั้วตัวของมดลูก โดยเครื่องมือบันทึกการหดรั้วตัวของมดลูกที่ใช้ใน การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ เป็นเครื่องมือติดตามอัตราการเต้น ของหัวใจทารกและการหดรั้วตัวของมดลูกซึ่งมีหัวตรวจ ชนิดภายนอก (External tocodynamomete) ใช้ติดตาม ประเมินการหดรั้วตัวของมดลูกทุก 2 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย อายุ ส่วนสูง ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ สมรส รายได้ของครอบครัวและน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ ลักษณะทางสูติกรรมได้แก่ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุ ครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก และน้ำหนักในช่วง 12 สัปดาห์ แรกของการตั้งครรภ์

2.2 แบบฟอร์มบันทึกข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกผลการ ตรวจติดตามการหดรั้วตัวของมดลูก แบบบันทึกผลการติดตาม เยี่ยมทางโทรศัพท์ และแบบบันทึกผลลัพธ์การตั้งครรภ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยตรวจสอบ ความตรงของเครื่องมือ (Validity) โดยนำแผนการสอนและ คู่มือเรื่องคุณแม่ควรรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนดแบบบันทึกการสังเกตอาการ และการหดรั้วของ มดลูก แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความ เสี่ยงภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เสนอต่อผู้ทรง คุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์ 5 ท่านได้แก่ สูติแพทย์ และอาจารย์สาขาการพยาบาลสูติศาสตร์ เพื่อ พิจารณาหาความตรงของเครื่องมือ ทั้งความถูกต้องของ เนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และภาพประกอบ เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัย จึงนำเครื่องมือทั้งหมดมาปรับปรุง แก้ไขตามคำแนะนำของ ผู้ทรงคุณวุฒิ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้เนื่องจากการวิจัยกึ่งทดลอง ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มควบคุมก่อนแล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันปัญหาจริยธรรมทางด้านความเสมอภาคในการให้บริการและป้องกันความปนเปื้อนของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ การวิจัยไม่มีผลเสียหายหรืออันตรายแต่อย่างใด ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ การเปิดเผยเป็นภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถขอยุติการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยเมื่อใดก็ได้ที่ต้องการโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาตามปกติที่ควรได้รับจากโรงพยาบาลและขั้นตอนต่าง ๆ ในการวิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดเลขที่ COE 030/2563 รับรองเมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2563

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้าห้องคลอด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล แล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง มีขั้นตอนดังนี้

1. สัมภาษณ์สตรีตั้งครรภ์โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หากพบความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ จึงขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นจัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มตัวอย่างที่มีนัดฝากครรภ์ในวันจันทร์และอังคารอยู่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มตัวอย่างที่มีนัดฝากครรภ์วันพฤหัสบดีและศุกร์จัดอยู่ในกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นดำเนินการวิจัยในแต่ละกลุ่มดังต่อไปนี้

กลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมได้รับคู่มือและศึกษาเกี่ยวกับ “คุณแม่ควรรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และได้รับการดูแลตามปกติจากคลินิก

ฝากครรภ์ ซึ่งในปัจจุบันการดูแลตามปกติในคลินิกฝากครรภ์นั้น เป็นการประเมินอาการผิดปกติโดยรวมจากการซักประวัติในการฝากครรภ์ครั้งแรกและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวตามความเสี่ยงที่ค้นพบ หากพบว่ามีอาการเจ็บครรภ์เกิดขึ้นขณะตรวจครรภ์สตรีตั้งครรภ์จะได้รับการตรวจภายในโดยสูติแพทย์ หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก สตรีตั้งครรภ์จะได้รับการส่งตรวจประเมินการหดตัวของมดลูก โดยเครื่องบันทึกการหดตัวของมดลูกที่ห้องสังเกตอาการในห้องคลอด

กลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับการดูแลจากผู้วิจัยตามโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซึ่งมีการดำเนินการตามโปรแกรมทั้งหมด 9 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พร้อมทั้งแรกคู่มือเรื่อง “คุณแม่ควรรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” และตรวจการหดตัวของมดลูกด้วยเครื่องบันทึกการหดตัวของมดลูก หลังจากนั้นในครั้งที่ 2-9 ตรวจการหดตัวของมดลูกทุก 2 สัปดาห์ สลับกับติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ จนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์

2. รวบรวมข้อมูลโดยติดตามอายุครรภ์เมื่อมีภาวะเจ็บครรภ์คลอด และเมื่อคลอดก่อนกำหนด โดยติดตามทางโทรศัพท์และจากบันทึกของเวชระเบียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

1. ลักษณะทางประชากรใช้การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบ Z-test

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยดังนี้

1. ลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน พบว่า อายุเฉลี่ย 29 ปี (SD. = 7.9) ส่วนใหญ่มีส่วนสูงตั้งแต่

150 เซนติเมตรขึ้นไป จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย เกือบร้อยละ 50.0 ไม่มีอาชีพ สถานภาพสมรสคู่ รายได้ค่าเฉลี่ย 16,629.3 บาทต่อเดือน (SD. = 12,300.9) และพบว่า น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 51.9 กิโลกรัม (SD. = 8.10)

2. สตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้าเข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโปรแกรมฯ

มีสัดส่วนการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไม่แตกต่างกัน ($p = 0.143$) แต่มีสัดส่วนการคลอดก่อนกำหนดแตกต่างกัน ($p = 0.049$) โดยสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่ออัตราการคลอดก่อนกำหนดที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีสัดส่วนการคลอดปกติถึงร้อยละ 88.0 (95% CI ; 0.12, 0.89) และความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.60, SD= 10.4) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงการเกิดภาวะเจ็บครรภ์	ขนาดตัวอย่าง	สัดส่วน	95% CI		p
			Lower	Upper	
กลุ่มทดลอง	15	0.625	-0.61	0.078	.143
กลุ่มควบคุม	15	0.357			

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบสัดส่วนการคลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

สตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด	ขนาดตัวอย่าง	สัดส่วน	95% CI		p-value
			Lower	Upper	
กลุ่มทดลอง	15	.88	0.12, 0.89		.049
กลุ่มควบคุม	15	.50			

วิจารณ์

หลังสิ้นสุดการศึกษาผู้วิจัยได้ประเมินผลการศึกษาพบว่า ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของฟรีดา⁷ ซึ่งพบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ตระหนักและเข้าใจความสำคัญของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และมาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการ เพื่อให้การวินิจฉัยได้เร็ว และให้การรักษาทันท่วงที ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 29 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอายุอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ถือได้ว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ต่ำทั้งในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด เนื่องจากหญิงที่มีอายุน้อยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายวิภาคและสรีรวิทยาในด้านการเจริญเติบโตน้อยกว่าความเสื่อม⁹ และการศึกษาครั้งนี้กลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ทั้งนี้การทำให้ปัญหาสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดลดลงหรือลดความเสี่ยงได้นั้น คือ การมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่ถูกต้องขณะตั้งครรภ์ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมที่เป็นการลดความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อม ประสบการณ์ ความรู้ ความเข้าใจ และการรับรู้ เป็นต้น โดยเฉพาะปัจจัยด้านการรับรู้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล¹⁰ สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock, Strecher และ Becker¹¹ ที่กล่าวว่า การรับรู้เป็นองค์ประกอบทางจิตวิทยาที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรค เพราะถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าการปฏิบัติของตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมักรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคต่อการเกิดอันตรายต่อชีวิตของตนเอง มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และมีการรับรู้

อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นบุคคลย่อมแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคออกมา เช่น การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซึ่งเป็นภาวะเจ็บครรภ์ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ 28 ถึงน้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือนับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย ครบ 259 วัน ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกปัจจุบันสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ยังไม่ทราบถึงสาเหตุที่แท้จริง แต่พบว่าการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดจากหลายๆ สาเหตุร่วมกันโดยประกอบด้วย 2 ปัจจัยใหญ่ๆ คือ (1) ปัจจัยทางด้านหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การไม่มาฝากครรภ์ สภาพครอบครัว ภาวะทุพโภชนาการ การทำงานหนัก การใช้สารเสพติด ปัญหาทางด้านสุขภาพภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และความเครียด และ (2) ปัจจัยด้านทารกในครรภ์ ได้แก่ ทารกเจริญเติบโตช้า ทารกมีส่วนน้ำหนักอยู่ในท่าผิดปกติและทารกพิการแต่กำเนิด¹²

นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker¹³ (ที่ชี้ให้เห็นว่าบุคคลจะแสวงหาวิธีการเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสม ก็ต่อเมื่อมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับที่ตีพ็อตที่จะตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหรือป้องกันการเกิดภาวะเสี่ยง ซึ่งการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับปานกลางจึงมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สามารถป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระดับมาก คือ การไม่สูบบุหรี่ การไม่สวมใส่เสื้อผ้ารัดแน่นและไม่สวมรองเท้าส้นสูง และ

การมาตรวจครรภ์ตามนัด ซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และกลุ่มตัวอย่างไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 96.03 อธิบายได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ใช้เวลาว่างในการศึกษา

ข้อมูลการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจากสื่อโทรทัศน์ วิทยุ นิตยสารสุขภาพ แผ่นพับและสมุดบันทึกสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ จึงทำให้มีความรู้เกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์¹⁴ โดยเฉพาะการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

นอกจากนั้นข้อค้นพบของอติยา สุวรรณสารและนิลบล รุจิรประเสริฐ¹⁵ ซึ่งพบว่า การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเข้า ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า ควรส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการสร้างแรงจูงใจ เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง ในการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเข้าภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นจึงส่งผลให้ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้าเข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโปรแกรม มีสัดส่วนการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไม่แตกต่างกัน

ผลการศึกษาครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจในหน่วยตรวจสูติกรรมโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติฯ ซึ่งพบว่า เมื่อสิ้นสุดการคลอดสตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มควบคุม มีจำนวนการคลอดก่อนกำหนดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและจำนวนการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่ากลุ่มควบคุม¹⁶ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าโปรแกรมการฯ ช่วยทำให้สตรีตั้งครรภ์ภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดได้ค้นพบสถานการณ์ปัญหาที่เกิดกับตนเองมีการสะท้อนคิดไตร่ตรอง สามารถวางแผนและตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสม สอดคล้องกับชีวิตประจำวันของตนเองและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง กิจกรรมจากโปรแกรมฯ ช่วยทำให้บุคคลเห็นคุณค่าและมีความภาคภูมิใจในตัวเอง เชื่อกันว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำอะไรได้และสามารถตัดสินใจดำเนินการได้ การวิจัยในครั้งนี้มีการนำกระบวนการให้การปรึกษามาใช้ร่วมด้วยโดยเน้นสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มทดลอง ทำให้เกิดความไว้วางใจมีการจัดบรรยากาศเป็นกันเอง ผ่อนคลาย มีความรู้สึกที่ดีต่อกัน นำไปสู่การเปิดเผยปัญหาและความรู้สึกที่แท้จริง ทำให้เข้าสู่ขั้นตอนของ

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้อย่างราบรื่นและต่อเนื่อง มีการให้ข้อมูลการสาธิต การฝึกปฏิบัติ โดยตระหนักถึงศักยภาพหรือข้อจำกัดของสตรีตั้งครรภ์ ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ นอกจากนั้นผู้วิจัยได้มอบคู่มือป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถทบทวนและนำมาใช้ในการแก้ปัญหาได้ การให้คู่มือกลับไปบ้านเพื่อทบทวน ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองเกิดความเข้าใจสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและจดจำได้มากขึ้น เพราะสื่อการเรียนการสอนที่เป็นคู่มือเอกสารต่าง ๆ จัดเป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น จากการซักถามพบว่า สตรีตั้งครรภ์ได้อ่านคู่มือที่ได้รับแล้วปฏิบัติตาม และส่วนใหญ่บอกว่าได้อ่านมากกว่า 1 ครั้ง การนำคู่มือกลับไปอ่านทบทวน ทำความเข้าใจหลาย ๆ ครั้ง จึงเป็นการเรียนรู้ซ้ำๆ ช่วยให้ความทรงจำดีขึ้นส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดดีกว่ากลุ่มควบคุม ประกอบกับผู้วิจัยมีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์เมื่อกลับไปบ้านทางโทรศัพท์และให้หมายเลขโทรศัพท์ของผู้วิจัยที่สามารถสอบถามได้ตลอด 24 ชั่วโมง ให้กับสตรีตั้งครรภ์เพื่อให้สามารถโทรปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ได้ และหากสตรีตั้งครรภ์ไม่มาฝากครรภ์ตามนัดผู้วิจัยได้โทรศัพท์สอบถามปัญหาและสอบถามการปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์ หากปฏิบัติตัวได้ถูกต้องจะกล่าวชมเชย หากปฏิบัติไม่เหมาะสมจะให้กำลังใจในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง จึงช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีความมั่นใจมีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ดังนั้น จึงส่งผลให้การวิจัยครั้งนี้พบว่า สัดส่วนการคลอดก่อนกำหนดแตกต่างกันโดย สตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่ออัตราการคลอดก่อนกำหนดที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีสัดส่วนการคลอดปกติถึงร้อยละ 88.0

การที่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดนั้น อาจเนื่องมาจากประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด ครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับการดูแลจาก

ผู้วิจัยตามโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซึ่งมีการดำเนินการตามโปรแกรมทั้งหมด จำนวน 9 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พร้อมทั้งแรกคู่มือเรื่อง “คุณแม่ควรรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” และตรวจการหดตัวของมดลูกด้วยเครื่องบันทึกการหดตัวของมดลูก หลังจากนั้นในครั้งที่ 2-9 ตรวจการหดตัวของมดลูกทุก 2 สัปดาห์ สลับกับติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ จนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษารุ่งตะวัน วรณ ช้อยจ่อหอ และคณะ¹⁷ พบว่า การสอนเรื่องการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาการที่ต้องมาพบแพทย์ สอนการนับลูกดิ้น และลงแบบบันทึกการดิ้นของทารก และให้สมุดคู่มือสำหรับดูแลคุณแม่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อนำกลับไปอ่านทบทวนที่บ้าน ทำให้สตรีตั้งครรภ์สามารถประเมินตนเองได้ว่าจะมาพบแพทย์หรือไม่ หากมีอาการเจ็บครรภ์ซ้ำและยังพบว่า ร้อยละของการกลับมาได้รับการรักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ร้อยละ 40.0 ส่วนกลุ่มที่ได้รับแนวปฏิบัติพบเพียงร้อยละ 20.0 เท่านั้น ประกอบกับแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง มีการเพิ่มช่องทางให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดติดต่อทางโทรศัพท์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ได้ตลอดเวลา ซึ่งแอปพลิเคชันไลน์สามารถติดตามเยี่ยม ให้การดูแลและแก้ไขปัญหาได้แบบเฉพาะเจาะจงตรงเป็นรายบุคคล มีความรวดเร็วในการให้การพยาบาลและสามารถส่งข้อมูลแบบบันทึกการหดตัวของมดลูก เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการประเมินสภาพปัญหาได้ อีกทั้งไม่เสียเวลา ไม่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม มีความสะดวก ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง เพราะมีผู้รู้ที่คอยดูแลอยู่ตลอดเวลา และมีการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งสอบถาม และให้การพยาบาลตามความต้องการ ซึ่งการเพิ่มช่องทางสื่อสารจะทำให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ทันที จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าตัวแปรอายุและระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างอาจมีผลต่อการใช้โปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ดในประเด็นการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมฯ ไปใช้ในกลุ่มที่มีอายุมากกว่าหรือต่ำกว่า 29 ปี หรือจบการศึกษาต่ำกว่า หรือสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย

2. การนำโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด ควรเริ่มตั้งแต่ระยะฝากครรภ์เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการส่งเสริมสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์สามารถป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้

3. ควรนำวิธีการที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยวิธีอื่นๆ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า เป็นเทคนิคที่ได้รับการนิยมน้อยอย่างแพร่หลาย สามารถใช้ลดความเครียดในกลุ่มผู้ป่วยได้หลากหลายประเภท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์พงษ์เฉลย พลอยวิเลิศ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมรัตน์ และนางทินารัตน์ วงษ์น้ำคำ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลปทุมรัตน์ ที่ให้ความอนุเคราะห์สถานที่ในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณบุคลากรในคลินิกฝากครรภ์และห้องคลอดในการอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล อีกทั้งขอขอบคุณสตรีตั้งครรภ์ทุกท่านที่สละเวลาร่วมการวิจัยและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1.Somprasit, J. (2014). Preterm Labor. Suwanruk, K. & Pongrojpaio, D. (Editor). Complication in Obstetrics (217-233), Samudsakorn: Pimdee. (in Thai)

2. World Health Organization [Internet]. World Prematurity Day 2012 (Publication No. 20121117) ; 2012. [Cited September 18, 2019]. Available from: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/20121117_world_prematurity_day/en/index1.html
3. Boonyakiat, S. High Risk Maternal Nursing Care 1. Bangkok : Sintana Copy Center, 2014.
4. Public Health Institute. (2009). Live Birth Statistics Arranged by Birth weight, Maternal Age, & Gender 2015. Retrieved August 15, 2016, from <http://203.157.19:191>. (in Thai)
5. โรงพยาบาลปทุมรัตน์. รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี พ.ศ.2563. กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด, 2563.
6. สุพัตรา ปิ่นแก้ว, เอมพร รตินธร, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, วิบูลย์ เรืองชัยนิคม. ผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดก่อนกำหนด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2557 ; 2 (4): 59-71.
7. Freda, M. C. Nursing's contribution to the literature on preterm labour and birth, Journal of Obstetrics Gynecology and Neonatal Nursing, 2003. 32(5),659-667.
- 8.สายฝน ขวาลไพบูลย์. ตำราคลอดก่อนกำหนด. กรุงเทพมหานคร : พี.เอ.ลิฟวิ่งจำกัด, 2553.
9. Bouyer M, Bagdassarian S, Chaabanne S, Mullet E. Personality correlates of risk perception. Risk analysis. 2001 ; 21(3): 457-65
10. Sitkulanan P. Nursing care of women at risk for preterm labour. Journal of nursing science 2007 ; 25(2): 4-12.
11. Rosenstock, M. I., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and health belief model. Health Education Quarterly 1988 ; 15(2) : 75-138.

12. เบญจวรรณ ละหุการ, อุทุมพร ดุลยเกษม, ศศิกันต์ กาละ.
การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า : แนวคิดและ
การนำไปใช้ลดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ
เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. **วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2562** ; 27 (3) : 303-11.
13. กรรณิกา ฉายยิ่งเขียว, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, สุพรรณี
อิงปัญสัตวงศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ และ
พฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน
กำหนดในมารดาอายุมาก. **วารสารพยาบาล กระทรวง
สาธารณสุข 2560** ; 26(3) : 196-207.
14. อติทยา สุวรรณสาร, นิลุบล รุจิระประเสริฐ. การรับรู้และ
พฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน
กำหนดซ้ำในหญิงตั้งครรภ์หลังจำหน่ายออกจากโรง
พยาบาล. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2562** ; 37 (2) : 93-102.
15. ปิยะพร กองเงิน, วิไลลักษณ์ วงศ์อาษา, กาญจนา สมบัติ
ศิรินันท์. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรี
ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดและ
สามต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำนวนของการคลอด
ก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย. **วารสาร
สภาการพยาบาล 2559** ; 31(3) : 67-82.
16. Gibson CH. A concept analysis of empowerment.
J Adv Nurs 1991 ; 16 : 354-61.
17. รุ่งตวรรณ ช้อยจ่อหอ. ผลของการบำบัดทางการ
พยาบาลต่อการจัดการเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์
คลอดก่อนกำหนด การกลับมารักษาซ้ำและอายุครรภ์
เมื่อคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด
ก่อนกำหนด [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
มหิดล ; 2551.

ผลการใช้เทคนิค 5A, 5D, 5R และ STAR ที่มีผลต่อการลดอัตราการสูบบุหรี่ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการที่คลินิกของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

The effective of 5A, 5D, 5R, and STAR techniques on smoking rate
reduction in chronic diseases. Patient who come to the clinic at
Nong Phok Hospital Roi et Province

ปัญญา ชมภูรวัช

Punja Chomputawat

E-mail : punjachom1234@gmail.com

(Received : July, 25, 2020 : August 18,2020 : September, 5, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลการใช้ เทคนิค 5A, 5D, 5R, และ STAR ในการลดอัตราการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืดและถุงลมโป่งพอง ที่มารับบริการที่คลินิกของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม – 31 สิงหาคม 2563 รูปแบบการวิจัยเป็นกึ่งทดลอง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คน รวมทั้งหมด 42 คน โดยใช้เกณฑ์คัดเข้าและการคัดออก กลุ่มทดลองได้รับการใช้เทคนิค 5A, 5D, 5R, และ STAR ส่วนกลุ่มควบคุมใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา และการให้บริการตามปกติรูปแบบเดิม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกัน เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired samples t-test, Independent t – test และ Fisher's exact test

ผลการวิจัยพบว่า : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (90.5%) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อายุเฉลี่ย 53 ปี ในกลุ่มทดลอง และ 49 ปีในกลุ่มควบคุม สถานภาพสมรสแล้วอยู่กับครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ การศึกษาระดับประถมศึกษา (90.5%) อาชีพส่วนใหญ่ทำนา (71.2%) มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 57.1 ในกลุ่มทดลองและโรคความดันโลหิตสูง (33.33%) ในกลุ่มควบคุม ผลการประเมินการติดบุหรี่หลังการศึกษา พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของการติดบุหรี่ย่ลดลง แต่ในกลุ่มทดลองจะมีค่าคะแนนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน เท่ากับ 1.57 คะแนน และมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.003 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % และกลุ่มทดลองสามารถลดอัตราการสูบบุหรี่ลดลง (42%) (9 คน) มากกว่ากลุ่มควบคุมลดลง (9.5%) (2 คน)

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมสามารถลดการสูบบุหรี่ได้ จึงควรมีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยการกำหนดให้มีแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปคลินิกอดบุหรี่ในหน่วยงาน และจัดกิจกรรมเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เลิกสูบบุหรี่และผู้สูบบุหรี่ เมื่อผู้ป่วยลดบุหรี่ได้จะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายได้

คำสำคัญ : เทคนิค 5A, 5D, 5R และ STAR; สูบบุหรี่ ; โรคเรื้อรัง

ABSTRACT

Purposes : To evaluate 5A, 5D, 5R and STAR techniques in diabetes mellitus, hypertension, asthma and emphysema patients for reduction of smoking, Nong Phok hospital, Roi ET Province.

Design : Quasi-experimental research

Materials and method : All of the 42 samples who recruit in the research with both inclusion and exclusion criteria, and serviced at The chronic diseases clinic, Nong phok Hospital between 1st March – 31th August 2020. All of them are divided in control and experimental groups. The experimental group was intervened with 5A, 5D, 5R, and STAR techniques, while the control group used conventional counseling and a normally services. The tool and instrument involved in questionnaires consisted of 2 parts : 1) general information, 2) smoking behavior and using the Fagerstrom smoking addiction test form. The data was analyzed using descriptive statistics: percentage, mean, standard deviation and inferential statistics: paired samples t-test, Independent t-test, and Fisher's exact test.

Main findings : The mean score of the experimental were higher than control groups at 1.57 and statistically significant (95%CI ; 0.94,4.10). And the result of all Fisher's exact test between groups were not significantly. Therefore, care should be taken of this group of patients. By establishing a guideline for referring chronic disease patients to the smoking-fast clinic in the organization And organize learning activities And exchange of knowledge between smokers and smokers When the patient is able to reduce smoking, it will reduce the development of dangerous complications.

Conclusion and recommendations : The result of this study indicated that; 5A, 5D, 5R and STAR techniques had effectiveness to reduction smoking behavior in chronic patients. And the Chronic disease clinic in the hospital should be integrated this technique in health services for improvement their quality of life.

Keywords : 5A ; 5D ; 5R and STAR techniques ; smoking ; chronic diseases.

บทนำ

บุหรี่เป็นสารเสพติดที่มีอำนาจการเสพติดรุนแรงเป็นแหล่งก่อโรคต่าง ๆ มากมายในร่างกายและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ เช่น มะเร็งชนิดต่าง ๆ มะเร็งปอด มะเร็งช่องปาก โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ฯลฯ สารนิโคตินที่มีอยู่ในบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการเสพติด ผู้สูบบุหรี่จึงต้องการเสพ และสูบบุหรี่ต่อไปแม้จะมีการรณรงค์จากองค์การอนามัยโลกเรื่องโทษและพิษภัยของ บุหรี่ก็ตาม จากรายงานองค์การอนามัยโลก (World Health Organization=WHO)¹ ได้คาดการณ์ว่าผู้ที่สูบบุหรี่และเคย

ทั่วโลกซึ่งมีประมาณ 1,300 ล้านคน มีผู้สูบบุหรี่เสียชีวิตประมาณ 5 ล้านคนต่อปี ซึ่ง 600,000 คนเสียชีวิตจากบุหรี่มือสอง ถ้าแนวโน้มการสูบบุหรี่ยังเป็นเช่นนี้อีก 15 ปี ข้างหน้า หรือในปี 2020 จะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น 2 เท่าคือ 10 ล้านคนต่อปี และในกลุ่มโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่จะทำให้เจ็บป่วย พิกการเพิ่มขึ้น สำหรับประเทศไทยพบว่า แต่ละปีอัตราคนไทยเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ยังคงเพิ่มขึ้น แม้จำนวนผู้สูบลดลงอย่างช้า ๆ นับแต่ปี 2547 คนไทยเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ 41,183 คน และปี 2552 ตายเพิ่มขึ้นเป็น 48,242 คน ในปี 2557 ตายเพิ่มขึ้นเป็น 54,520 ราย โดยเป็นชาย 47,770 รายเป็นหญิง 6,742 ราย เนื่องจากคนที่สูบบุหรี่มีอายุเพิ่มขึ้นและส่วนใหญ่ไม่เลิกสูบ จากการรายงานแนว

โน้มการสูบบุหรี่ของคนไทย ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ลดลงไม่มากแต่ลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 20.7 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 19.9 ในปี 2558 และร้อยละ 19.1 ในปี 2560 ผู้ชายสูบบุหรี่ลดลงมากกว่าผู้หญิง โดยผู้ชายลดลงจากร้อยละ 40.5 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 39.3 ในปี 2558 และร้อยละ 37.7 ในปี 2560 สำหรับผู้หญิงลดลงจากร้อยละ 2.2 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 1.8 ในปี 2558 และร้อยละ 1.7 ในปี 2560 เมื่อแยกเป็นรายกลุ่มอายุ พบว่า อัตราการสูบบุหรี่สูงสุดพบในกลุ่มวัยทำงาน 25-44 ปี ร้อยละ 21.9 และกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 14.4

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินนโยบายด้านการควบคุมการสูบบุหรี่ โดยกำหนดให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการรณรงค์ลดสูบบุหรี่ในหลายรูปแบบทั้งการใช้สื่อสารสาธารณะ การให้คำปรึกษาและการจัดระบบบริการช่วยเลิกสูบบุหรี่ การแจกสื่อ แผ่นพับแก่หน่วยงานต่าง ๆ การบังคับใช้ พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ.2560 และมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้อัตราการสูบบุหรี่ลดลงชัดเจนขึ้น มีการศึกษาของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีได้ทำโครงการรณรงค์บ้านปลอดบุหรี่โดยมีกิจกรรมการให้คำปรึกษาและการจัดระบบบริการช่วยเลิกสูบบุหรี่ ในปี 2552-2554 ผลการดำเนินงานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้สำเร็จ โดยพบว่า อัตราการสูบบุหรี่ในบ้านลดลงร้อยละ 39.4 และการศึกษาการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ พบว่า สามารถลดการสูบบุหรี่ลงได้ร้อยละ 80 2-4 รูปแบบของกิจกรรมประกอบด้วย การนำเสนอ การบรรยาย การดูวิดีโอ การอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์รายกลุ่ม การให้คำปรึกษา พฤติกรรมบำบัดรายกลุ่มและรายบุคคล โดยกลุ่มทดลองมีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบลดน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีอัตราการเลิกบุหรี่ได้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการผสมผสานหลายๆ วิธีร่วมกันจะทำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบ แต่เนื่องจากบุหรี่มีสารนิโคตินทำให้เสพติด ผู้เสพติดนั้นจึงต้องเสพอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับพฤติกรรมของผู้สูบที่จิตใจไม่เข้มแข็งพอ ทำให้กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำทั้งนี้ขึ้นกับจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ ถ้าปริมาณการสูบต่อวันที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อการติดบุหรี่

มากขึ้นและการเลิกสูบบุหรี่ก็จะยากขึ้นด้วย ฉะนั้นการเลิกสูบบุหรี่เป็นเรื่องยากในคนที่สูบบุหรี่ติดเป็นนิสัย การให้คำปรึกษาและกระบวนการกลุ่ม ในกลุ่มที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่จะส่งผลให้เพิ่มอัตราการเลิกสูบบุหรี่ของคนงานโรงงานเฟอร์นิเจอร์โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ร้อยละ 26.05 ทีมผู้วิจัยได้ถอดบทเรียน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานรอบแรก พบว่า ควรนำจัดทำโครงการต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และเพิ่มเทคนิค เช่น 5R, 5D และSTAR ผู้วิจัยจึงได้บทพบเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องปรับปรุงขั้นตอนการดำเนินงาน โดยการสร้างแรงจูงใจด้วยเทคนิค 5R และการวางแผนการเลิกบุหรี่ด้วยเทคนิค STAR การป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำด้วยเทคนิค 5D

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการใช้ เทคนิค 5A, 5D, 5R, และ STAR ในการลดอัตราการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกโรงพยาบาลหนองพอก

สมมติฐานการวิจัย

หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับบริการที่ใช้เทคนิค 5A, 5D, 5R และSTAR สามารถลดอัตราการสูบบุหรี่ได้ดีกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่และเข้ารับบริการในคลินิก เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด (Asthma) และถุงลมโป่งพอง (COPD) ของโรงพยาบาลหนองพอก

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่และเข้ารับบริการในคลินิก เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด (Asthma) และถุงลมโป่งพอง (COPD) ของโรงพยาบาลหนองพอก ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม - 31 สิงหาคม 2563 จำนวน 178 คน

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม แบบเป็นอิสระต่อกัน ผู้วิจัยใช้สูตรแนวคิดในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มประชากร

$$n/gr = \frac{2(Z\alpha/2 + Z\beta)^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

แทนค่าในสูตร

$$\begin{aligned} &= \frac{2(1.96+1.28)^2 \times ((3.80)-(6.00))^2}{(52.80-46.95)^2} \\ &= \frac{2(10.50) \times (21.54)}{(34.22)} \\ &= 451.71 \\ &34.22 \\ &= 13.20 \text{ หรือประมาณ } 14 \text{ คน} \end{aligned}$$

$Z\alpha/2$ = ค่า Z ที่ได้จากตารางแจกแจงปกติเมื่อกำหนดขนาดของ Type I error ให้เท่ากับ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96

$Z\beta$ = ค่า Z ที่ได้จากตารางแจกแจงปกติเมื่อกำหนดขนาดของ Type II error ให้เท่ากับ 0.10 มีค่าเท่ากับ 1.28
 σ^2 = ความแปรปรวน

μ_1, μ_2 = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม (52.80), กลุ่มทดลอง (46.95)

แทนค่าในสูตรโดยใช้ค่าคะแนนจากการทบทวนวรรณกรรม ผลของการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกต่ออาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูดบุหรี่ซ้ำในผู้ป่วยคัดสรรของออรอนงค์ สงทวน⁶ โดยใช้แบบสอบถาม PACS (PACS -Tobacco คือ แบบวัดความอยากสูบบุหรี่)

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยจะคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างซึ่งจะ Drop out ระหว่างการทดลอง 10% ด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ 16 คน โดยรวมทั้ง 2 กลุ่ม จะได้จำนวน 32 คน แต่เนื่องจากมีผู้สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยเพิ่ม จึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 42 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Include Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด (Asthma) และถุงลมโป่งพอง (COPD)
2. การรับรู้ปกติทั้งทางหู ตา
3. มีประวัติสูบบุหรี่และปัจจุบันยังสูบบุหรี่
4. อายุ 30 -65 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

เกณฑ์การคัดออก (Exclude Criteria)

1. ผู้สูบบุหรี่ที่ไม่เป็นผู้รับการทั่วไป
2. ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบ ใช้แบบสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยเรียงลำดับชื่อและใส่หมายเลข 1 เข้ากลุ่มทดลอง คนที่ 2 เข้ากลุ่มเปรียบเทียบจนครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว
2. แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย จำนวน ระยะเวลา และอายุที่ เริ่มสูบบุหรี่ ช่วงเวลาที่ชอบสูบบุหรี่ ประวัติเคยเลิกบุหรี่ แรงจูงใจหรือสาเหตุของการเลิกบุหรี่ วิธีการที่ใช้ในการเลิกบุหรี่ สาเหตุที่ทันทกลับสูบบุหรี่ คำแนะนำวิธีการเลิกบุหรี่*
3. แบบสอบถามทดสอบการติดยุติของฟิเกอร์สตรอม แบ่งเป็นสเกลคะแนนและแปลผล ดังนี้

ตารางที่ 1 ตารางการติดบุหรี่ของฟาเกอร์สตรอม

คำถาม	0 คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน
1.คุณสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้าเมื่อไร	>1 ชม.	31-60 นาที	6-30 นาที	≤5 นาที
2.คุณรู้สึกหงุดหงิดหรือลำบากเมื่ออยู่ในสถานที่ที่ไม่สามารถสูบบุหรี่ได้	ไม่ใช่	ใช่		
3.บุหรี่ยี่สิบมวนที่คุณเลิกสูบบุหรี่มากที่สุด	มวนอื่นๆ/มวนไหนก็เหมือนกัน	มวนแรกที่สูบบุหรี่ในช่วงเช้า		
4.คุณสูบบุหรี่วันละกี่มวน	≤10 มวน	11-20 มวน	21-30 มวน	≥31 มวน
5.คุณสูบบุหรี่ในช่วงชั่วโมงแรกหลังตื่นนอนมากกว่าช่วงอื่นของวันหรือไม่	ไม่ใช่	ใช่		
6.คุณยังต้องการสูบบุหรี่แม้ว่าคุณเจ็บป่วยนอนพักในโรงพยาบาลหรือไม่	ไม่ใช่	ใช่		
คะแนน	0 – 3	คะแนน แสดงว่า	ไม่นับว่าคุณติดสารนิโคติน/ติดสารนิโคตินระดับต่ำ	
คะแนน	4 – 6	คะแนน แสดงว่า	กลุ่มที่ติดสารนิโคตินน้อย	
คะแนน	7 – 10	คะแนน แสดงว่า	กลุ่มที่ติดสารนิโคตินมาก	

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 3 ส่วน 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว 2) แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย จำนวน ระยะเวลา และอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ ช่วงเวลาที่ชอบสูบบุหรี่ ประวัติเคยเลิกบุหรี่ แรงจูงใจหรือสาเหตุของการเลิกบุหรี่ วิธีการที่ใช้ในการเลิกบุหรี่ 3) ข้อมูลแบบทดสอบการติดบุหรี่ของฟาเกอร์สตรอม และข้อมูลจากการบันทึกขณะทำกิจกรรมกลุ่มที่ได้จากการสังเกต การสอบถาม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยข้อมูลทั่วไป ใช้การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลข้อมูลแบบทดสอบการติดบุหรี่

ของฟาเกอร์สตรอม วิเคราะห์โดยใช้ Paired samples t-test, Fisher exact test และ Independent t - test และข้อมูลจากการทำกิจกรรมกลุ่มวิเคราะห์จากการบันทึกและสังเกตขณะทำกลุ่ม

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด หมายเลขใบรับรอง HE 2563-07-29-059 ลงวันที่ 29 กรกฎาคม 2563

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (90.5 %) และอยู่ในช่วงอายุ 46-55 ปี 57.14% สถานภาพสมรส คู่ (85.7%) มีระดับการศึกษาอยู่ในช่วงประถมศึกษา (90.5%) และประกอบอาชีพทำนา (71.2%) โรคประจำตัว

เบาหวาน (57.1%) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (90.5%) และอยู่ในช่วงอายุ 36 - 45 ปี และ 56 - 65 ปี (33.3%) และสถานภาพสมรส คู่ (76.19%) มีระดับการ

ศึกษาอยู่ในช่วงประถมศึกษา (71.42%) และประกอบอาชีพทำนาและรับจ้าง (42.85%) โรคประจำตัวความดันโลหิตสูง (33.33%) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สุบหรือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพและโรคประจำตัว

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง n=21	กลุ่มควบคุม n=21
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	19(90.5)	19(90.5)
หญิง	2(9.25)	2(9.25)
อายุ SD.=5.73		
< 35 ปี	0(0.0)	2(9.52)
36 - 45 ปี	1(4.8)	7(33.33)
46 - 55 ปี	12(57.14)	5(23.80)
56 - 65 ปี	8(38.09)	7(33.33)
สถานภาพสมรส		
โสด	0(0.0)	4(19.04)
คู่	18(85.7)	16(76.19)
หม้าย/หย่า/ แยก	3(14.3)	1(4.8)
การศึกษา		
ประถมศึกษา	19(90.5)	15(71.42)
มัธยมศึกษา	2(9.5)	5(23.80)
ประกาศนียบัตร	0(0.0)	1(4.8)
อาชีพ		
รับราชการ	1(4.8)	0(0.0)
ค้าขาย	0(0.0)	2(9.52)
รับจ้าง	5(23.8)	9(42.85)
ทำนา	15(71.42)	9(42.85)
โรคประจำตัว		
เบาหวาน	12(57.1)	6(28.57)

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพและโรคประจำตัว

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง n=21	กลุ่มควบคุม n=21
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ความดันโลหิตสูง	2(9.5)	7(33.33)
หอบหืด	3(14.3)	4(19.09)
ถุงลมโป่งพอง	2(9.5)	2(9.52)
เบาหวาน และความดันโลหิต	1(4.8)	2(9.52)
เบาหวานและถุงลมโป่งพอง	1(4.8)	0(0.0)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนการสูบบุหรี่ 1 – 10 มวน / วัน พบมากที่สุด (61.90%) และ (47.61%) ระยะเวลาการสูบบุหรี่ 21 – 40 ปีในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (61.90%) และ (52.48%) อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ 10 – 20 ปี ในกลุ่มทดลอง (85.71%) และ (100%) ในกลุ่มควบคุม ความถี่ของการสูบบุหรี่ สูบเป็นประจำในกลุ่มทดลอง (90.5%) และ (95.23%) ในกลุ่มควบคุม ช่วงเวลาที่ผู้สูบชอบสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่เหมือนกัน หลังรับประทานอาหารเสร็จ และอยู่งานเลี้ยงหรือกลุ่มเพื่อน / และเวลาเครียดใช้ความคิด พบมากที่สุดในกลุ่มทดลอง (28.57%) และกลุ่มควบคุม (33.33%) ประวัติเคยเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มทดลองเคยเลิกบุหรี่ (100%) และกลุ่มควบคุม

(66.66%) แรงจูงใจหรือสาเหตุที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เคยเลิกบุหรี่ สาเหตุเนื่องจากสุขภาพไม่ดี และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ลูก/ ภรรยา/สามีร้องขอให้เลิก พบมากที่สุดในกลุ่มทดลอง (38.09%) และกลุ่มควบคุม (33.33%) วิธีการที่เคยใช้เลิกบุหรี่ พบว่า ทั้งเลิกสูบทันทีและค่อยๆ ลดจำนวนลงเรื่อยๆ มีสัดส่วนเท่าๆกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (46.7%) และ (33.33%) สาเหตุที่กลับไปสูบบุหรี่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเนื่องจากจิตใจไม่เข้มแข็ง พบมากที่สุด (47.61%) และ (33.33%) เคยได้รับคำแนะนำวิธีการเลิกสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่เคยได้รับคำแนะนำทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (90.5%) และ (100%) รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง n=21	กลุ่มควบคุม n=21
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
1.ข้อมูลการสูบบุหรี่ (มวน/วัน)		
1-10 มวน	13(61.90)	10(47.61)
11-20 มวน	7(33.33)	8(38.09)
21-30 มวน	1(4.8)	3(14.28)
ระยะเวลาการสูบบุหรี่		
1-20 ปี	2(9.52)	4(19.04)

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง n=21	กลุ่มควบคุม n=21
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
21-40 ปี	13(61.90)	11(52.38)
41-60 ปี	6(28.57)	6(28.57)
อายุที่เริ่มสูบบุหรี่		
10-20 ปี	18(85.71)	21(100)
21-30 ปี	1(4.8)	0(0.0)
31-40 ปี	1(4.8)	0(0.0)
41-50 ปี	1(4.8)	0(0.0)
ความถี่ของการสูบบุหรี่		
สูบเป็นประจำ	19(90.5)	20(95.23)
ไม่ได้สูบทุกวัน	2(9.5)	1(4.8)
2. ช่วงเวลาที่ยกเลิกสูบบุหรี่		
- หลังรับประทานอาหารเช้า	4(19.04)	5(23.80)
- ขณะเข้าห้องน้ำ	0(0.0)	1(4.8)
- หลังตื่นนอนตอนเช้า	3(14.28)	0(0.0)
- หลังรับประทานอาหารเช้า และหลังตื่นนอน	5(23.80)	6(28.57)
ตอนเช้าและดื่มสุรา		
- หลังรับประทานอาหารเช้า และอยู่คนเดียว หรือกลุ่มเพื่อน / และเวลาเครียดใช้ความคิด	6(28.57)	7(33.33)
- หลังรับประทานอาหารเช้าและเหงาๆ/ อยู่ว่างๆ / เมื่อรู้สึกผ่อนคลาย	3(14.28)	2(9.52)
3. ประวัติเคยเลิกสูบบุหรี่		
เคย	21(100)	14(66.66)
ไม่เคย	0(0.0)	7(33.33)
4. แรงจูงใจหรือสาเหตุที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เคยเลิกบุหรี่		
- สุขภาพไม่ดี	8(38.09)	7(33.33)
- กลัวอันตรายจากบุหรี่	1(4.8)	4(19.04)

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้สูบบุหรี่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง n=21	กลุ่มควบคุม n=21
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
- สุขภาพไม่ดี และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายลูก/ภรรยา/สามี ร้องขอให้เลิก	8(38.09)	5(23.08)
- มีคนร้องขอให้เลิกบุหรี่ในบางสถานที่	2(9.5)	3(14.28)
- สุขภาพไม่ดี มีกลิ่นติดตัวหรือกลิ่นปาก ลูก/ภรรยา/ สามีร้องขอให้เลิก	2(9.5)	5(23.80)
5. วิธีการที่เคยใช้เลิกบุหรี่		
- เลิกสูบทันที	10(46.7)	7(33.33)
- ค่อย ๆ ลดจำนวนลงเรื่อย ๆ	10(46.7)	7(33.33)
- มีการวางแผนลดจำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน ล่วงหน้า	1(4.8)	6(28.57)
- ใช้อยา	0(0.0)	1(4.8)
6. สาเหตุที่กลับไปสูบบุหรี่		
- จิตใจไม่เข้มแข็ง	10(47.61)	7(33.33)
- หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ/เครียด	7(33.33)	6(28.57)
- เห็นคนอื่นสูบ/ เพื่อนสูบ	2(9.52)	2(9.52)
- เห็นคนอื่นสูบ/เพื่อนสูบ และแอลกอฮอล์	2(9.52)	6(28.57)
7. เคยได้รับคำแนะนำวิธีการเลิกสูบบุหรี่		
- เคย	19(90.5)	21(100)
- ไม่เคย	2(9.5)	0(0.0)

การเปรียบเทียบผลการทดสอบความแตกต่าง
ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกับปัจจัยที่มีผลต่อ

การสูบบุหรี่ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน รายละเอียดตาม
ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการทดสอบความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้านการดำเนินการ ด้วย Fisher's exact

ปัจจัยด้านที่ทดสอบ	กลุ่มตัวอย่าง		Fisher's exact (p)
	กลุ่มควบคุม n=21	กลุ่มทดลอง n=21	
ความลำบากใจเมื่ออยู่ในสถานที่ จำกัดการสูบบุหรี่หรือ เขตปลอดบุหรี่			0.66
- รู้สึกลำบาก	11(52.4)	9(42.9)	
- ไม่รู้สึกลำบาก	10(47.6)	12 (57.1)	
บุหรี่ยี่ห้อที่รู้สึกว่ายากที่สุด			0.08
- มวนแรกของวัน	20(95.2)	17(81.0)	
- มวนอื่น ๆ	1(4.8)	4 (19.0)	
ความต้องการสูบบุหรี่ในช่วงแรกหลังตื่นนอน มากกว่าสูบบุหรี่ในช่วงหลังๆ ของวัน			0.24
- ต้องการ	6(28.6)	6 (28.6)	
- ไม่ต้องการ	15(71.4)	15(71.4)	
ความต้องการสูบบุหรี่ขณะเจ็บป่วย			0.23
- ต้องการ	4(19.0)	4(19.0)	
- ไม่ต้องการ	17(81.0)	17(81.0)	

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของการเสพติดนิโคติน พบว่า หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมกิจกรรมลดลง 1 คะแนน โดยแตกต่างกันกับก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ (95% CI; 0.50, 1.49) ถึงจะมีค่าในระดับเดียวกันที่ 0 – 3 คะแนน (ไม่นับว่าติดสารนิโคติน/ติดสารนิโคตินระดับต่ำ) รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ตารางแสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของการเสพติดนิโคตินก่อนและหลังการทดลองกลุ่มควบคุม

ความรุนแรงของการเสพติด นิโคติน	n	Mean (SD.)	Mean diff. (SE.)	95%CI		p
				lower	upper	
ก่อนดำเนินการ	21	4.57(2.85)	1(0.23)	0.50	1.49	<0.001
หลังดำเนินการ	21	3.57(2.94)				

เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของการเสพติดนิโคตินก่อนและหลังดำเนินการกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการของกลุ่มทดลอง การติดสารนิโคตินน้อยกว่าก่อนดำเนินการเท่ากับ 1.57 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .003$) (95% CI ; 0.62, 2.52) รายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของการเสพติดนิโคตินก่อนและหลังดำเนินการกลุ่มทดลอง

ความรุนแรงของการเสพติดนิโคติน	n	Mean (SD.)	Mean diff. (SE.)	95%CI		p
				lower	upper	
ก่อนดำเนินการ	21	2.62(2.59)	1.57(0.45)	0.62	2.52	0.003
หลังดำเนินการ	21	1.05(2.03)				

ผลการเปรียบเทียบความรุนแรงของการเสพติดนิโคตินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุมหลังดำเนินการ 2.52 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .003$) (95% CI;0.94,4.10) รายละเอียดตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรุนแรงของการเสพติดนิโคตินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังดำเนินการ

ความรุนแรงของการเสพติดนิโคติน	n	Mean (S.D)	Mean diff. (SE)	95%CI		p
				lower	upper	
กลุ่มควบคุม	21	3.57(2.94)	2.52(0.78)	0.94	4.10	0.003
กลุ่มทดลอง	21	1.05(2.03)				

วิจารณ์

คุณลักษณะทั่วไปทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละใกล้เคียงกัน ประกอบอาชีพทำนาและรับจ้าง สอดคล้องกับผลการสำรวจตามโครงการ การสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก ปี 25527 ที่พบว่าผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ของประเทศไทยเป็นเพศชาย มีอาชีพรับจ้าง และการมีสถานภาพสมรสคู่ และการศึกษาของชนิดา ราชวัณ,กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์ และอรสา พันธรักติ⁸ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่หลังผ่าตัด และเสนอแนะให้คำนึงถึงเพศ ระดับการติดยาสูบ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่เพื่อใช้ในการประเมินและการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ อายุผู้สูบบุหรี่พบมากอยู่ในช่วงอายุ 46-55 ปี ในกลุ่มทดลองและ 36 - 45 ปี ในกลุ่มควบคุม

สอดคล้องกับการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร⁹ พบว่า อัตราการสูบบุหรี่สูงสุดพบในกลุ่มวัยทำงาน 25-44 ปี พบร้อยละ 21.9 ระดับการศึกษาอยู่ในช่วงประถมศึกษามากที่สุด และสอดคล้องกับรายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2561 ในปี พ.ศ.2560¹⁰ อัตราการสูบบุหรี่ของผู้ที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดพบร้อยละ 22 และการศึกษาศิริกัสนกร กุลศรี¹¹ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ของผู้ที่เข้ารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของโรงพยาบาลนารายณ์มหาราชจังหวัดลพบุรี พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่คือระดับการศึกษาและอาชีพ ซึ่งอธิบายได้ว่า การขาดโอกาสทางการศึกษาอาจทำให้ขาดโอกาสที่จะเรียนรู้พิษภัยของบุหรี่ที่ทำให้โรคประจำตัวของเขารักษายากยิ่งขึ้น เกิดโรคแทรกซ้อนมากขึ้น และมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคที่เขาเป็นมากขึ้น (มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่¹² และที่สำคัญผู้สูบบุหรี่เหล่านี้เป็นแหล่งของควันบุหรี่มือสอง

ให้สมาชิกในครอบครัว และสาธารณสุข อ่างในสุกัญญา คำก้อน, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, สุรินทร์ กลัมพากรและสุคนธา ศิริ³ จึงควรมีการส่งเสริมด้านการศึกษาให้แก่คนในชุมชน และมีการรณรงค์ให้เลิกบุหรี่ทั้งในโอกาสสำคัญ และวันอื่นๆ ทั่วไปอย่างต่อเนื่องเพื่อลดจำนวนผู้ติดบุหรี่ลง แต่จากการรายงานของโครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ ระดับโลกปี 2554¹³ พบว่า คนไทยมีความรู้ระดับดีเกินกว่าร้อยละ 90 ว่าการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดโรคร้ายแรง และบุหรี่เป็นสารเสพติด แสดงว่า ระดับการศึกษาไม่สอดคล้องกับความรู้เรื่องโทษของบุหรี่ โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด เบาหวานและความดันโลหิตสูง อ่างในมูลนิธิการรณรงค์ไม่ให้สูบบุหรี่¹² การสูบบุหรี่ในคนที่มีโรคประจำตัวจะทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตสูง ด้านพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนการสูบบุหรี่ 1 – 10 มวน/วัน พบมากที่สุด ระยะเวลาการสูบบุหรี่ 21 – 40 ปี พบมากที่สุด อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ 10 – 20 ปี พบมากที่สุด สอดคล้องกับรายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2561 ที่ปี พ.ศ.2560 ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำคืออายุ 18.1 ปี ความถี่ของการสูบบุหรี่ สูบเป็นประจำพบมากที่สุด ร้อยละ 90 - 95 ซึ่งพบว่าแตกต่างกันการการรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และสุราของประชากรไทย พ.ศ. 2560 ในประชากรที่อายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 16.8 ทั้งนี้เนื่องมาจากการกำหนดเกณฑ์การเข้าร่วมโครงการในกลุ่มอายุต่ำสุด 30 ปี ช่วงเวลาที่ผู้สูบชอบสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่มีสาเหตุใกล้เคียงกันหลังรับประทานอาหารเสร็จ และอยู่คนเดียวหรือกลุ่มเพื่อน / และเวลาเครียดใช้ความคิด พบมากที่สุดในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 28.57 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 33.33 ประวัติเคยเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มทดลองเคยเลิกบุหรี่ร้อยละ 100 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 66.66 แรงจูงใจหรือสาเหตุที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เคยเลิกบุหรี่สาเหตุเนื่องจากสุขภาพไม่ดี และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ลูก/ภรรยา/สามีร้องขอให้เลิก พบมากที่สุดวิธีการใช้เลิกบุหรี่ พบว่า ทั้งเลิกสูบทันทีและค่อย ๆ ลดจำนวนลงเรื่อย ๆ มีสัดส่วนเท่าๆกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สาเหตุที่กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ เนื่องจากจิตใจไม่เข้มแข็ง พบมากที่สุดสอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2550 ความต้องการเลิกบุหรี่และพยายามเลิกบุหรี่ด้วยตนเองแต่ไม่สำเร็จสาเหตุของการสูบเช่น หงุดหงิด เครียด เคยชิน อยากสูบ ซึ่งมีสาเหตุจากจิตใจและทนต่อการขาดสารนิโคตินในบุหรี่ไม่ได้ จึงทำให้กลับไปสูบบุหรี่ และสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของการช่วยเลิกบุหรี่โดยพยาบาลในประเทศไทยของดร. ผ่องศรี ศรีมรกต, จรรยา ไชหนู, ปุณยพูน สนามทอง, ยุพิน หงส์ทอง, ประทีป แสงดี, อรสา อัครวิชรางกูร 4 พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำในเดือนที่ 4 ของการทดลอง แม้ว่าเคยได้รับคำแนะนำวิธีการเลิกสูบบุหรี่ก็ตาม และกลับไปเลิกบุหรี่ได้เพิ่มขึ้นในเดือนที่ 5 มีการศึกษาของอรพิน หงษ์แข็ง¹⁴ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชายจังหวัดตราด พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่และการได้รับการสนับสนุนการเลิกบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพควรสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่อยู่ และกระตุ้นให้เกิดการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

สรุปผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่กับการตัดสินใจของของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังดำเนินการ ด้วย Fisher 's exact test ด้านความลำบากหรือยุ่งยากใจเมื่ออยู่ในสถานที่จำกัดการสูบบุหรี่หรือในเขตปลอดบุหรี่ บุหรี่จำนวนที่รู้สึกว่ายากที่สุด ความต้องการสูบบุหรี่ในช่วงแรกหลังตื่นนอนมากกว่าสูบช่วงหลัง ๆ ของวัน และความต้องการสูบบุหรี่ขณะเจ็บป่วย พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

เปรียบเทียบผลการใช้เทคนิค 5A, 5D, 5R, และ STAR ในการลดอัตราการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการศึกษา พบว่า การติดบุหรี่ทั้ง 2 กลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของการติดบุหรี่ลดลง และในกลุ่มทดลองจะมีค่าคะแนนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่า

กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน เท่ากับ 1.57 คะแนน และมีนัยสำคัญทางสถิติ .003 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % และกลุ่มทดลองสามารถลดอัตราการสูบบุหรี่ลดลงร้อยละ 42 (9 คน) มากกว่ากลุ่มควบคุมลดลงร้อยละ 9.5 (2 คน) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กลุ่มทดลองสามารถลดอัตราการสูบบุหรี่ได้ดีกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้เนื่องมาจากกระบวนการ 5A, 5R, 5D และSTAR ทำให้ผู้ร่วมโครงการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งเป็นไปตามทฤษฎี Health believe Model เชื่อว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะเปลี่ยนไป เมื่อคิดว่าตนเองตกอยู่ในสถานะอันตรายและมีความรุนแรง และเชื่อว่าสุขภาพของเขาเป็นสิ่งที่สำคัญ ดังนั้นการเรียนรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม น่าจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและการแสดงออกด้านพฤติกรรมที่ดีขึ้น จึงทำให้เลิกบุหรี่ได้ และสอดคล้องกับการศึกษาการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ ของครุฑจิต หนากกลาง² และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของสุกัญญา คำก้อน, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, สุรินทร์ กลัมพากรและสุคนธา ศิริ3 ศึกษาโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่สำหรับผู้มาสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการในค่ายกรมหลวงชุมพร เขตอุดมศักดิ์ จังหวัดชลบุรี โดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Trans-theoretical Model) ของ Prochaska, Redding, และ Evers รูปแบบของกิจกรรมประกอบด้วย การนำเสนอ การบรรยาย การดูวิดีโอ การอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์รายกลุ่ม ให้คำปรึกษารายกลุ่มและรายบุคคล ผลการดำเนินการพบว่า พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง และกลุ่มทดลองเลิกสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของการช่วยเลิกบุหรี่โดยพยาบาลในประเทศไทยของดร. ผ่องศรี ศรีมรกต, จรรยา ใจหนู, ปุณณุช สนามทอง, ยุพิน หงษ์ทอง, ประทีป แสงดีและอรสา อัครวิฑูรย์⁴ โดยประยุกต์กระบวนการให้คำปรึกษา

พฤติกรรมบำบัด และกระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลการศึกษา กลุ่มทดลองมีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีอัตราการเลิกบุหรี่ที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาวิจัยของหลาย ๆ งานชี้ให้เห็นว่ามีการผสมผสานหลาย ๆ วิธีร่วมกันที่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้ เนื่องจากบุหรี่มีสารนิโคตินทำให้เสพติด ผู้เสพติดนั้นจึงต้องเสพอย่างต่อเนื่องร่วมกับพฤติกรรมของผู้สูบที่จิตใจไม่เข้มแข็งพอ ทำให้กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำทั้งนี้ขึ้นกับจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ ถ้าปริมาณการสูบต่อวันที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อการติดบุหรี่มากขึ้นและการเลิกสูบบุหรี่ก็จะยากขึ้นด้วย ฉะนั้นควรมีการดำเนินการกระตุ้น ติดตาม ดูแลกลุ่มผู้สูบ ผู้เลิกสูบบุหรี่ไม่ให้กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ และกลุ่มเยาวชนควรส่งเสริมกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโทษ พิษภัยของบุหรี่ ซึ่งตอบรับกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในกำหนดให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการลด ละ เลิกบุหรี่ จนทำให้อัตราการสูบบุหรี่ลดลงอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่ โดยหน่วยงานควรกำหนดให้มีแนวทางปฏิบัติการส่งต่อไปคลินิกอดบุหรี่ มีสถานที่จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เลิกสูบบุหรี่และผู้สูบบุหรี่ มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และให้คำแนะนำ ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่สามารถลด ละเลิกบุหรี่ได้
2. ควรมีการเพิ่มการสอบถามข้อมูลความรู้ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างเรื่องโทษ และอันตรายของการสูบบุหรี่
3. การเลิกสูบบุหรี่เป็นเรื่องยาก เนื่องจากในบุหรี่มีสารนิโคตินซึ่งเป็นสารเสพติดผู้สูบที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้ ต้องเลิกทันที ทั้งอุปกรณ์การสูบและไม่ยุ่งเกี่ยวกับคนที่สูบบุหรี่ จนกว่าจะมั่นใจว่าเลิกได้จริง หรือ ยังลังเลอยู่อยากสูบบุหรี่ การช่วยเหลือโดยสร้างแรงจูงใจให้คนในครอบครัว มีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้กำลังใจให้เลิกได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO) global report on trends in prevalence of tobacco smoking. 2015.
2. ครรชิต หนากกลาง. การศึกษาการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่ [การศึกษาอิสระ]. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2556.
3. สุภัญญา คำก้อน, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, สุรินทร์ กลัมพากร, สุนธธา ศิริ. โปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่สำหรับผู้มาสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการในค่ายกรมหลวงชุมพร เขตอุดมศักดิ์ จังหวัดชลบุรี. วารสารพยาบาล 2563 ; 1 : 44-53.
4. ผ่องศรี ศรีมรกต, จรรยา ใจหนูนุ, ปุณณนุช สนามทอง, ยุพิน หงส์ทอง, ประทีป แสงวดี, อรสา อัครวิชรวงกูร. ประสิทธิภาพของการช่วยเลิกบุหรี่โดยพยาบาลในประเทศไทย. วารสารพยาบาล 2556 ; 1: 32-43.
5. รัชนี ระดา, ปัญญา ชมภูวรัช. การใช้กระบวนการ 5A ในการลดอัตราการสูบบุหรี่ของคณงานโรงงานเฟอร์นิเจอร์โดยมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เขตพื้นที่ตำบลรอบเมือง อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ; 2561.
6. อรอนงค์ สงทวน. ผลของการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกต่อการขาดนิโคตินความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในผู้ป่วยคัดลอกกรรม [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2552.
7. รายงานการสำรวจบริโภคยาสูบปี 2552 [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 22 กันยายน 2563] เข้าถึงได้จาก http://www.ashthailand.or.th/content_attachment/file_storage/files.pdf
8. ชนิดา ราชาวิญญู, กุสุมา คุวานันท์, อรสา พันธภักดี. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วารสารโรคหัวใจและทรวงอก 2559 ; 2 : 2-16.
9. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร ปี 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 22 กันยายน 2563] เข้าถึงได้จาก http://www.ashthailand.or.th/content_attachment/file_storage/files.pdf
10. _____. สถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 22 กันยายน 2563] เข้าถึงได้จาก <http://www.trc.or.th/th/>
11. ศิริภัสสร กุลศรี. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ของผู้ที่เข้ารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของโรงพยาบาลนารายณ์มหาราชจังหวัดลพบุรี. [สารนิพนธ์]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต ; 2560.
12. _____. มุลนิธิธรรมาภรณ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 . [เข้าถึงเมื่อ 22 กันยายน 2563] เข้าถึงได้จาก http://www.ashthailand.or.th/th/data_center_page.php.
13. _____. โครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลกปี [อินเทอร์เน็ต]. 2554. [เข้าถึงเมื่อ 22 กันยายน 2563] เข้าถึงได้จาก http://www.ashthailand.or.th/content_attachment/file_storage/files.pdf
14. อรุณรัตน์ ชันแข็ง. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย จังหวัดตราด. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า 2562 ; 2 : 160-72.